

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

***Personas dependientes
atendidas en el Hospital San
Juan de Dios de Zaragoza***

“ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS DE
INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL”

Alumnas: Miriam OmedesCarceler, María Paules Castán

Directores: M^a del Mar del Rincón Ruiz, Miguel Marco Fabre

Zaragoza, septiembre 2013



Universidad
Zaragoza



**Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1. Objetivo general y objetivos específicos	7
1.2. Hipótesis.....	7
1.3. Población objeto de estudio	8
1.3.1. Ámbito territorial y temporal	8
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS EMPLEADA	9
CAPÍTULO 3. MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO	13
CAPÍTULO 4. INFORME DE LA INSTITUCIÓN	25
CAPÍTULO 5. MARCO LEGISLATIVO	27
5.1. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia	27
5.2. Normativa de la Comunidad Autónoma de Aragón	30
CAPÍTULO 6. RECURSOS SOCIALES: SERVICIOS Y PRESTACIONES	33
6.1. Introducción a los servicios y prestaciones sociales	33
6.2. Recursos de atención a las personas mayores en situación de dependencia	37
6.2.1. Servicios de ayuda a domicilio (SAD)	37
6.2.2. Teleasistencia.....	37
6.2.3. Ayudas técnicas.....	38
6.2.4. Estancias temporales o largas estancias	38
6.3. Prestaciones económicas.....	40
CAPÍTULO 7. DESARROLLO DE LA LEY DE DEPENDENCIA	43
7.1. Tramitación	43
7.2. Valoraciones de dependencia	44
7.3. Visiones de futuro	47
CAPÍTULO 8. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	49
8.1. Presentación y análisis de los datos referidos a las historias sociales ...	49
8.1.1. Conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes.....	49
8.1.2. Salud diagnosticada y dependencia	55

8.1.3. Identificar los recursos existentes de ayuda a la dependencia y la demanda que hay de ellos en el hospital San Juan de Dios.....	60
8.2. Presentación y análisis de los datos obtenidos en las entrevistas.....	64
8.2.1. Entrevista a las trabajadoras sociales.....	64
8.2.2. Entrevista a una valoradora de dependencia	69
8.2.3. Entrevista a una de las trabajadoras social del Hospital San Juan de Dios	70
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	73
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	81
Anexo 1: Glosario	81
Anexo 2: Historia Social	90
Anexo 3: Problemáticas sociales	92
Anexo 4: Guión de las Entrevistas	94
Anexo 5: Tabla y pirámides de Aragón	95
Anexo 6: Índice de Barthel	97
Anexo 7: Índice de Pfeiffer.....	101
Anexo 8: Índice de Katz	103
Anexo 9: Escala de Lawton	104
Anexo 10: Tablas de cruce.....	105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Sexo.....	50
Gráfica 2. Grupo de edad.....	51
Gráfica 3. Grupo de edad según convivencia social al ingreso.....	52
Gráfica 4. Grupo de edad según convivencia social al alta.....	53
Gráfica 5. Estado civil según sexo.....	53
Gráfica 6. Estado civil según convivencia social al ingreso	54
Gráfica 7. Diagnóstico médico.....	55
Gráfica 8. Convivencia social al ingreso según diagnóstico.....	57
Gráfica 9. Tramitación de la Dependencia.....	58
Gráfica 10. Demanda de Residencias.....	61
Gráfica 11. Demanda de Centros de día.....	62
Gráfica 12. Demanda de Servicio de Teleasistencia.....	62
Gráfica 13. Demanda de Servicio de Ayuda a Domicilio.....	62
Gráfica 14. Demanda de Ayudas Técnicas.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Variable Grupo de Edad según Sexo (frecuencias absolutas y relativas).....	51
Tabla 2: Variable Diagnóstico Médico Según Sexo (frecuencias absolutas y relativas).....	56
Tabla 3: Variable Tramitación de la Dependencia según Sexo (frecuencias absolutas y porcentajes).....	59
Tabla 4: Variable Grupo de edad según Tramitación de la Dependencia (frecuencias absolutas y relativas).....	60
Tabla 5: Comparación de Recursos.....	63

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación tiene el propósito de presentar algunos aspectos relacionados con los pacientes del Hospital San Juan de Dios, en el cual hemos desarrollado nuestro Prácticum de Intervención en el primer cuatrimestre del pasado curso.

El objetivo central consiste en estudiar los datos recogidos sobre las personas dependientes y la dificultad que tienen de acceso a la red social pública al alta hospitalaria, y sacar así ciertas conclusiones con el fin de verificar o no las hipótesis que nos planteamos al inicio del trabajo.

El motivo principal por el que hemos elegido realizar esta investigación ha sido ver la realidad actual de las personas dependientes. La idea nos surgió realizando las prácticas en el hospital San Juan de Dios, donde día a día hemos podido comprobar la situación de muchas familias de personas dependientes que en el momento del alta hospitalaria, los recursos sociales públicos a los que podían tener acceso eran casi inexistentes.

Comenzamos con un desarrollo en el que realizamos un análisis de la institución sobre la que vamos a trabajar, haciendo un recorrido histórico y presentando algunos aspectos importantes para su comprensión, como son la misión y la visión del hospital. Además también analizamos el colectivo a investigar, para así poder entender mejor el trabajo de los profesionales en el centro y hacernos una idea más detallada para nuestra investigación.

Llegados a este punto pasamos a plantear las hipótesis, centrándonos en aspectos que consideramos de gran relevancia; como es el entorno del paciente y la situación con la que se encuentra al abandonar el hospital.

Además, las profesionales del hospital nos han facilitado la información necesaria para llevar a cabo esta investigación, prestándonos los datos referentes a nuestra población objeto de estudio. Todo esto ha hecho que la

parte de investigación cuantitativa haya sido realizada de forma rápida y eficaz.

Por todo esto, la investigación realizada estanto cuantitativa como cualitativa sobre el perfil de las personas dependientes analizando su situación familiar y apoyos con los que cuenta, los recursos públicos existentes y los recursos privados a los que, por necesidad, tienen que optar. Por ello, se trata de una investigación descriptiva. Tiene carácter transversal porque la realización de la misma ha sido en un periodo de tiempo determinado.

Por último, agradecer a María del Mar del Rincón y Miguel Marco Fabre, tutores de nuestro Proyecto Fin de Grado, su ayuda para realizar esta investigación y su constancia con nosotras; a las trabajadoras sociales del Hospital San Juan de Dios, por su apoyo y colaboración al facilitarnos la información necesaria; y a la profesora Montserrat Navarrete por su dedicación en el tratamiento de los datos estadísticos.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado vamos a definir los objetivos e hipótesis de la investigación y delimitaremos la población objeto de estudio.

1.1. Objetivo general y objetivos específicos

Los objetivos quedan divididos en dos partes. Por un lado, presentamos un objetivo general y por otro elaboramos tres objetivos específicos.

Identificar la situación actual de las personas dependientes en el Hospital San Juan de Dios dados de alta en el año 2012, y la demanda de recursos de ayuda a la dependencia.

1. Conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes.
2. Conocer la situación de dependencia y salud diagnosticada.
3. Identificar los recursos existentes de ayuda a la dependencia y la demanda que hay de ellos en el Hospital San Juan de Dios.

1.2. Hipótesis

Las hipótesis que planteamos en relación a los objetivos anteriores son las siguientes:

- + Una parte importante de los pacientes dados de alta en el hospital no tienen acceso a recursos públicos.
- + Una elevada proporción de los pacientes dados de alta no tienen reconocida la dependencia.
- + Existen más hombres que mujeres dependientes en el hospital San Juan de Dios que han sido dados de alta en el año 2012.
- + La edad de los pacientes dependientes dados de alta superan los 75 años.

- ✚ Los recursos sociales públicos están paralizados debido a la actual crisis económica.

1.3. Población objeto de estudio

La población objeto de estudio está constituida por las personas mayores atendidas en el Hospital San Juan de Dios que fueron dadas de alta en dicho hospital a lo largo del año 2012.

De todos estos pacientes excluirémos a los pacientes dados de alta de la unidad de cuidados paliativos, de la unidad de agudos, los fallecidos, los traslados, los que acuden a hospital de día geriátrico, y a los pacientes de nefrología.

1.3.1. Ámbito territorial y temporal

Este trabajo se ha realizado entre los meses de febrero a julio de 2013. Concretamente se realizó en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.

A este hospital llegan pacientes de Zaragoza, ya sea del Hospital Miguel Servet, Hospital Lozano Blesa o de atención primaria, y también de las comarcas de alrededor.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS EMPLEADA

Para llevar a cabo esta investigación se han utilizado técnicas, tanto cualitativas como cuantitativas para obtener y recopilar la información requerida para el desarrollo del trabajo.

Una de las técnicas cuantitativa empleada ha sido la recogida de datos a través de las “historias sociales” (ver anexo 2) de aquellos pacientes del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza que han sido dados de alta en el año 2012. Su importancia es debida a que sin la recopilación de estos datos no podría haberse llevado a cabo la investigación.

Cuando hablamos de historias sociales nos referimos a aquella documentación elaborada en el Hospital San Juan de Dios por las trabajadoras sociales. Se realiza la historia social a todos los pacientes que ingresan con los datos sociales y médicos que se tienen.

Una vez recogidos estos datos elaboraremos estadísticas, con instrumentos como el Excel y el SPSS, donde dividiremos a los pacientes por:

Perfil sociodemográfico:

- + Sexo
- + Edad
- + Estado civil
- + Patología clínica
- + Procedencia sanitaria
- + Tipo de hogar
- + Problemática social al ingreso
- + Periodo de estancia hospitalaria

En cuanto, a la variable *Tipo de hogar*, tomaremos como referencia la forma de convivencia del paciente en el momento del ingreso y la derivación de éste en el momento del alta hospitalaria.

Para poder evaluar la variable *Problemática social al ingreso*, tendremos en cuenta las siguientes tipologías por las que se rige el hospital (ver anexo 3):

- ✓ Familia en precario
- ✓ Unidad en soledad
- ✓ Marginalidad
- ✓ Convivencia no normalizada
- ✓ Sin familia directa
- ✓ Claudicación familiar
- ✓ Alta de un familiar dependiente
- ✓ No se detecta problemática social

Situación de dependencia del paciente:

- + Índice de Pfeiffer
- + Índice de Barthel
- + En trámite
- + Iniciada en el Hospital
- + En revisión
- + Grado de dependencia
- + Tipo de prestación

Apoyos dados al paciente al alta hospitalaria.

- + Diferentes recursos públicos y privados:
 - + Residencias
 - + Centros de día
 - + Teleasistencia
 - + Ayuda a domicilio
 - + Ayudas técnicas

La técnica cualitativa utilizada ha sido la entrevista. Hemos realizado un total de cuatro entrevistas. Se trata de entrevistas en profundidad, abiertas, semi-estructuradas y dirigidas, ya que teníamos el guión previamente estructurado. Las cuatro entrevistas han sido realizadas por las dos alumnas

en conjunto, y hemos utilizado una grabadora, bajo la autorización de las personas entrevistadas, para su posterior transcripción (ver anexo 4).

Dos de ellas las realizamos a trabajadoras sociales de la institución, ya que son las que día a día pueden ver la situación y la demanda de la dependencia de los pacientes del Hospital. La duración de las entrevistas fue de una hora.

Otra entrevista ha sido a una valoradora de dependencia para que nos contase su experiencia como tal, y para conocer un poco más el proceso de dependencia una vez tramitada. La duración de la entrevista fue de 45 minutos.

Y por último, otra entrevista a una de las trabajadoras sociales del Hospital San Juan de Dios, para poder obtener información sobre los recursos y prestaciones que se solicitan, así como los posibles cambios que las familias puedan demandar. Con esta entrevista también hemos querido conocer el proceso de tramitación del Programa Individual de Atención (PIA). La duración de la misma fue de 45 minutos.

Aclarar que con las entrevistas realizadas, se complementa la información obtenida de la dependencia a través de los datos explotados en el SPSS.

CAPÍTULO 3. MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO

A pesar de no haberse llegado a una definición única de dependencia, lo cierto es que el concepto utilizado no difiere mucho de unos autores a otros, pero posteriormente este concepto se concreta en mediciones bien distintas cuando se han de poner unos límites precisos a la disminución de la capacidad para mantener la propia autonomía. Ésta se asocia al concepto de independencia, por tanto la pérdida de autonomía se asocia a situaciones de dependencia. Pero se puede ser dependiente y mantener cierta autonomía, cierta libertad de elección, de decisión y de acción. La autonomía debe ser preservada, y lo es en parte, si es posible escoger el tipo de ayuda que se considera adecuada.

Así, por ejemplo, Rodríguez Cabrero (2004, p. 21), que entiende que “una persona es socialmente dependiente cuando como consecuencia de limitaciones severas de orden físico o mental requiere la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana”, utiliza el tiempo de ayuda requerido, delimitando cuatro niveles de gravedad: gran dependencia, dependencia grave, dependencia considerable y dependencia leve.

Casado Marín en *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*, (2001, p. 24) define persona dependiente como “aquella que durante un periodo prolongado de tiempo requiere de ayuda para realizar ciertas actividades cotidianas”.

El Consejo de Europa (1998) define la dependencia como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”(Dependencia y Necesidades Asistenciales de los Mayores en España, una previsión a 2010, p.51).

No debe confundirse, por tanto, la dependencia con la pérdida de autonomía de las personas, aunque la primera vaya asociada, a veces, con la segunda. La experiencia de la dependencia es esencialmente funcional, mientras que la pérdida de la autonomía hace referencia a la defensa de la dignidad y la libertad de las personas.

Aunque en los últimos años, se viene ligando el fenómeno de la dependencia con el progresivo envejecimiento de la población, lo cierto es que la dependencia va ligada, de una u otra manera, a la discapacidad, porque es, precisamente, la falta de capacidad de una persona para realizar los actos esenciales de la vida ordinaria, y el hecho de que con generalidad los entornos, las prácticas y las actitudes sociales no están concebidas para que las personas con discapacidad lleven una vida independiente, lo que produce la situación de dependencia de aquella respecto de otras.

Hay que destacar una idea de Casado Marín, citado anteriormente, (2001, p. 9):

“El envejecimiento relativo de la población española ha venido motivado por la concurrencia de dos fenómenos. El primero es el aumento de la esperanza de vida; y el segundo, la importante bajada de la fecundidad que constituye el reflejo de una transición demográfica coherente con el grado de desarrollo alcanzado por nuestro país”.

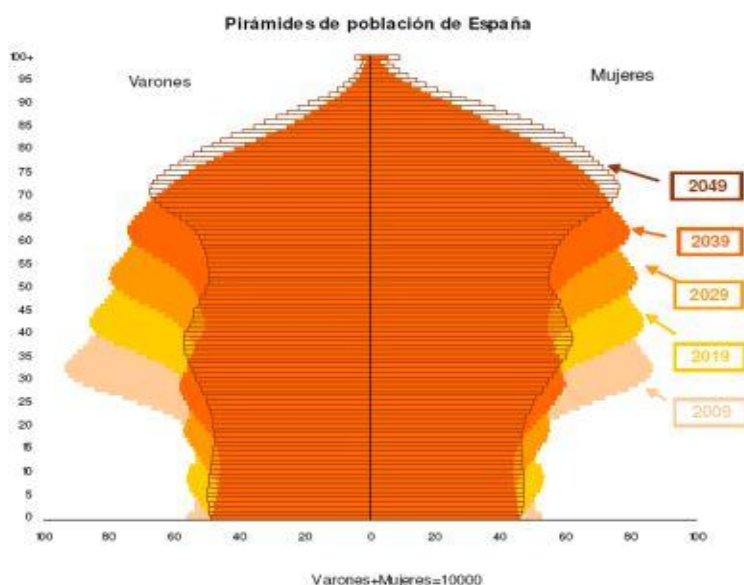
A medida que las personas envejecen, la imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas acontece por dos motivos no excluyentes: por un lado, la dependencia puede tener su origen en una o varias enfermedades crónicas. Por otro lado puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuirle al proceso global de senescencia. Ambos tipos de motivos aparecen y provocan problemas de dependencia en algunas personas de edad avanzada.

La dependencia no se puede relacionar con una determinada edad, ya que incide en toda la estructura de edades. Las discapacidades congénitas, los accidentes, las nuevas enfermedades discapacitantes, los entornos, prácticas y

mentalidades hostiles, etc., son factores que contribuyen a hacer la dependencia un problema social de primera magnitud, ya que se encuentra en situación de dependencia quien por diferentes razones, tiene necesidad de una asistencia y de una ayuda para la realización de los actos esenciales y ordinarios de la vida.

Asistimos a un fenómeno de actualidad denominado *envejecimiento del envejecimiento* que implica que el peso específico del grupo de edad de mayores de ochenta años es cada vez mayor (Cuesta Ruiz, AB. 2007, p. 139). (Ver anexo 5: tabla y pirámides de población de Aragón).

Según el Libro Blanco, este grupo de edad se ha duplicado en solo veinte años.



En realidad, la dependencia es una característica normal de todo individuo que vive en sociedad, pero no toma su carácter definitivo hasta que no se impone la ayuda de otra persona sistemáticamente. Para aproximarnos al volumen de las necesidades actuales de cuidados entre los mayores, utilizamos distintos grados de dependencia en función de las actividades en las que el mayor se ve limitado. De esta forma no es lo mismo no poder comer o levantarse solo, que necesitar ayuda para la administración del hogar o que alguien haga la compra, ambas situaciones presentan necesidades de atención

de muy distinta intensidad y dedicación, e indican un grado de dependencia muy diferente por parte del anciano.

Una de las variables que condiciona la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, es la educación. Las personas con un mayor nivel educativo tienen una menor posibilidad de padecer enfermedades crónicas al llegar a viejos, y además, en el caso de padecer tales enfermedades, la incapacidad funcional que puede acompañar a éstas es menor (Casado Marín, D. 2001, p. 25).

Respecto a los cambios experimentados por la salud de las poblaciones existen teorías enfrentadas. Unos sostienen que el descenso de la mortalidad está provocando una pandemia de problemas crónicos, degenerativos e incapacitantes, que son menos letales pero no han disminuido su incidencia. El retraso de la muerte sólo habría provocado el aumento de la proporción de quienes los padecen, y la aparición de cuadros múltiples y más severos, antes muy infrecuentes.

En cierta medida, y como ya hemos dicho anteriormente, la dependencia no es solamente un fenómeno que afecta a la vejez, sino que puede presentarse en todas las etapas de la vida. El cuadro de referencia cambia cuando se habla de envejecimiento, es decir cuando se considera la asistencia a los mayores. Nos encontramos ya con numerosas personas que han perdido su autonomía, pero en los casos en los que la familia no se puede hacer cargo de su cuidado, o simplemente no es suficiente, la incapacidad de la sociedad para afrontar el cuidado de estas personas es visible. Las personas mayores suelen buscar ayuda en algún miembro de la familia, o pueden buscar servicios en el mercado privado de cuidados y en tecnologías asistenciales (teleasistencia).

Como dice Herrero en su artículo *Desde mis ruedas*, la relación entre dependencia y envejecimiento ha generado la creencia de que la dependencia es un problema de reciente aparición, cuando en realidad el riesgo de la dependencia ha existido siempre, aunque en la actualidad el fenómeno se

exteriorice de forma diferente y exista una percepción distinta a la de hace algunos años por parte de la sociedad acerca de cómo y a quienes se han de proteger ese riesgo. Lo que antes eran ayudas dispersas y subsidiarias del cuidado familiar, hoy se reclama que se reconozcan con el rango de derechos, desde la responsabilidad pública y para toda la población en situación de dependencia.

Reducir la cuestión de la atención a la dependencia a la protección exclusivamente de personas mayores constituiría un reduccionismo inadmisibile. El factor de la edad, del progresivo envejecimiento, ensancha la población en situación de dependencia, pero a pesar de ello estas situaciones se pueden dar, y de hecho se dan, en todas las épocas de la vida de la persona. Cuando la dependencia se presenta en las primaras fases de la vida la situación es más crítica para la persona y su entorno, pues puede prolongarse a lo largo de toda su vida, dándose situaciones de dependencia grandísimas en el tiempo.

Otro aspecto digno de tener en cuenta es que la dependencia en las personas mayores puede de algún modo preverse y prevenirse, ya que suele ir ligada al envejecimiento; en las personas con discapacidad severa, las situaciones de dependencia suelen tener un origen no previsto, pues la discapacidad se presenta inesperadamente, desestabiliza el entorno de la persona y requiere de un periodo de maduración, que permita la asunción de la nueva situación, por la propia persona o por la familia circundante.

Herrero, en el trabajo señalado anteriormente, continúa diciendo que la cuestión de cómo afrontar la asistencia que precisan las personas mayores dependientes es un reto decisivo de cara al futuro. En relación con otros países de la Unión Europea, España destaca por la escasa presencia de provisión pública tanto en atención domiciliaria como en residencias institucionales. La financiación pública actual de los cuidados de larga duración supone alrededor de un 30 %, no alcanza la mitad del observado en la mayoría de los países

occidentales. Además la previsión futura es un crecimiento de personas dependientes.

Un aspecto importante es la incorporación de la mujer al mercado laboral, ya que se sustituye el cuidado informal por el formal, y esto supone un aumento de gastos en muchas familias españolas. Aunque quizá podríamos decir que la posibilidad de institucionalizar a la persona dependiente es casi un privilegio pues muchas otras familias, por su situación económica, no pueden optar a la opción del ingreso del dependiente en una institución o incluso de contratar a alguna persona para la ayuda en los cuidados del dependiente.

Las intervenciones sanitarias juegan un importante papel a la hora de evitar o atrasar la aparición de la dependencia. En los casos en que la dependencia ya está establecida, el cuidado de la salud es esencial para lograr una adecuada adaptación de la persona a su nueva situación y mejorar su calidad de vida(Jiménez Lara, A. 2007, p.10).

Partiendo de los problemas de salud, hay que hacer una diferencia de género ya que no afectan por igual a hombres que a mujeres. Giró Miranda (2007, p.29) hace una reflexión importante acerca de ello:

“Los hombres tienden más a padecer enfermedades agudas que requieren hospitalización, mientras que las mujeres sufren enfermedades crónicas que, pese a no poner en peligro la vida, pueden provocar discapacidades. El sistema de atención de la salud está mejor preparado para atender los casos agudos y suele pasar por alto las necesidades de las mujeres de edad, que podrían sacar más provecho de la atención domiciliaria que de la hospitalización o el internamiento en residencias para mayores. Así, el gasto principal es más sanitario que social en materia de asistencia.”

Según Ana Belén Cuesta de la Universidad de La Rioja (2007, p.139), citada anteriormente, un aspecto que genera preocupación es lo que ocurre con las personas que tras la aplicación del baremo no llegan a encuadrarse en

una situación de dependencia, pero que tienen cierto déficit o limitaciones, falta de apoyo social, aislamiento, etc. El principal activo de recursos económicos está destinado a la atención y asistencia de situaciones de dependencia, a la creación de residencias, centros de día y hospitales. Un alto porcentaje de personas mayores de sesenta y cinco años no se encuentran en situación de dependencia, pero también deben ser objeto de intervención con el fin de trabajar por el mantenimiento de las circunstancias que les permiten vivir con unos mínimos de calidad de vida. Por ello incrementar los recursos destinados a la prevención supondría, a medio plazo, una reducción de los costes de los recursos sociales y sanitarios destinados a la atención de los dependientes.

Pero para ello es necesario partir de la idea de que la dependencia es un proceso, es decir, que las personas llegan a una situación de dependencia de una forma paulatina. Si se acepta esta idea, se admite que se puede intervenir y actuar para prevenir situaciones de dependencia y mantener las condiciones para que no se produzca un empeoramiento de la situación.

Algunos de los factores que nombra esta autora, Ana Belén Cuesta, que condicionan la vivencia de la situación de dependencia para cada persona son: la edad avanzada, la viudedad, las relaciones familiares conflictivas o inexistentes, la falta de participación en estructuras sociales, la precariedad económica, el cuidador de persona mayor dependiente, la situación o existencia de malos tratos y las condiciones de la vivienda.

Y hablando de la prevención de la situación de dependencia, la ley de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en el artículo 21 dice que: *el servicio de prevención de las situaciones de dependencia tiene por finalidad prevenir aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores.*

La atención a las personas en situación de dependencia es uno de los retos al que se enfrenta el sistema de servicios sociales, apoyando a éstas y a sus familias y gestionando los recursos para favorecer su autonomía, la convivencia y participación social.

Pese a la existencia de los servicios sociales y al incremento de sus recursos, la realidad es que en nuestra sociedad la familia en el ámbito de la ancianidad como en tantos otros lo es todo. Todo se espera del Estado, pero gran parte de las necesidades se resuelven en las familias. La familia, y en el tema que nos ocupa los ancianos concretamente, en lo afectivo y en lo efectivo, es el colchón amortiguador de no pocos problemas sociales (Hernández Rodríguez, G. 2007, p. 221).

En la atención a las personas dependientes intervienen tres agentes: la familia cuidadora, el Sector Público con su oferta de servicios y prestaciones económicas y la oferta privada, tanto mercantil como no lucrativa.

Rodríguez Cabrero en *Protección social de la dependencia en España* (2004, p.21), nombra dos aspectos fundamentales en el caso de los cuidadores informales: que la mayoría de las veces es la propia familia del dependiente la que hace frente a estos cuidados, y el segundo elemento a destacar es la extensa duración, así como la intensidad, de los cuidados personales que necesita la persona que se encuentra en situación de dependencia. Además la mayoría de estas personas viven en su domicilio particular.

Según la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (EDDS), el 45% de las personas dependientes recibe más de 40 horas de cuidados a la semana por parte del cuidador principal. Un 62% de los dependientes severos reciben más de 60 horas de cuidados a la semana. Los dependientes graves, 34%, y dependientes moderados, 25%, reciben menos de 30 horas semanales.

En la inmensa mayoría de los casos, como ya hemos dicho, estos cuidados recaen sobre la familia, sin compensación económica alguna. Muchos

de los cuidadores informales se ven obligados a reducir su tiempo de ocio y de relaciones personales.

Cada vez ha sido mayor la conciencia social y política de los problemas que a las personas ancianas dependientes y a sus familias causa la situación de desamparo que experimentan las personas cuidadoras(Bazo Royo, M.T. 2007, p. 183).

Además la labor de cuidar no se percibe como un trabajo cualificado. Desde una perspectiva sociológica, el cuidado es una actividad basada en patrones sociales. Estos patrones afectan tanto al cuidado familiar como al cuidado formal y justifican los bajos salarios percibidos por los trabajadores que principalmente son mujeres. Por ello vemos que las mujeres trabajan en empleos relacionados con el cuidado, no solo como resultado de su proceso de socialización y de las expectativas sociales, sino debidas a las menores oportunidades de conseguir los trabajos mejor remunerados, más prestigiosos y con mayor poder de los varones las mismas creencias y experiencias que hacen atractivo el cuidado para las mujeres, lo devalúan como trabajo remunerado(Bazo, M.T. 1998, p. 148).

La mayoría de los cuidados informales son realizados por mujeres. En el caso de los hombres, son mayores de sesenta y cinco años. Esto también es un motivo por el que el peso de las mujeres en el mercado laboral es menor al de los hombres.

Como consecuencia de los cambios sociodemográficos se está produciendo una creciente demanda de servicios y prestaciones sociales de apoyo a la población dependiente y los cuidadores.

Rodríguez Cabrero (2004, pp. 22) continúa diciendo:

"...están protegidas algunas situaciones de dependencia de manera obligatoria, como consecuencia de accidentes en la actividad laboral o imposibilidad de trabajar por sufrir minusvalía, pero en ningún caso se contempla la situación de dependencia derivada de la edad o

como consecuencia de la enfermedad, excepto las situaciones de dependencia en las que coincide la falta de recursos, es decir, la protección asistencial bajo carga de prueba de recursos.”

La dependencia es un riesgo social, que como ya hemos visto, tiene una amplia incidencia en nuestra sociedad. Por ello necesita de un soporte. Comprender la protección de la dependencia como derecho subjetivo en el ámbito de la extensión y perfeccionamiento de la Seguridad Social para todos los ciudadanos que precisen asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad. La dependencia es una situación social de necesidad con la suficiente extensión e importancia como para darle cabida en nuestro sistema protector como derecho subjetivo (Rodríguez Cabrero, G. 2004, p. 45).

En el mismo libro, Rodríguez Cabrero (2004, p.52) indica que la cobertura de la situación de dependencia debe ser universal en los grados y modalidades fijados:

“La extensión de la red de servicios sociales públicos es crucial en la actualidad, tanto por razones de extensión de su cobertura, como por la necesidad de que sea una red de referencia por su calidad, al mismo tiempo que garantiza la acreditación de la red privada de servicios, cuyo papel en la producción de servicios sociales es hoy una realidad, sobre todo en la oferta residencial. Sin una red extensa de servicios sociales, la opción mayoritaria seguiría siendo durante mucho tiempo la de las prestaciones monetarias y difícilmente se lograría la eficacia protectora. De ahí que la aplicación de una ley de protección a la dependencia, y en ello insistimos, debe modular las combinaciones de las prestaciones en función del nivel de dependencia, al mismo tiempo que deben ampliarse las inversiones en servicios sociales, sobre todo comunitarios. Una primera consecuencia del desarrollo de una ley de protección social a la dependencia sería un plan urgente de inversión en servicios comunitarios.”

Para terminar, Rodríguez Cabrero expone tres alternativas posibles de acción protectora del riesgo de dependencia:

Por un lado establecer un seguro público universal en el marco de la Seguridad Social financiado con cotizaciones sociales e impuestos generales.

Otra sería la de establecer una protección o atención de tipo asistencial para las personas en situación de dependencia sin recursos y apoyar fiscalmente un sistema de seguros privados libres para el resto de la población.

Y por último, desarrollar un programa de ayudas fiscales a las familias.

CAPÍTULO 4. INFORME DE LA INSTITUCIÓN

Como parte importante de nuestro trabajo, nos ha parecido interesante destacar algún dato concreto del hospital ya que es el punto de partida para llevar a cabo nuestro trabajo de investigación.

En primer lugar resaltar que el Hospital San Juan de Dios es un hospital privado concertado, que atiende principalmente a pacientes dependientes geriátricos. Existe algún caso de pacientes jóvenes, que llegan al hospital porque su situación es muy crítica, necesitan de un largo proceso de rehabilitación para recuperar sus actividades de la vida diaria.

Este hospital tiene una capacidad de 180 pacientes y en el año 2012 atendió a 569 pacientes. Cuenta principalmente con pacientes derivados con diagnósticos ACV (Accidente cerebro vascular), demencia senil, IRC (Insuficiencia Renal Crónica), infecciones, neoplasias, traumatismos, fracturas y úlceras.

Los pacientes que llegan al Hospital San Juan de Dios, son a través de derivaciones. Encuadrándolo en los sectores sanitarios, este hospital pertenece al sector II de Zaragoza. Para hospitalización provienen principalmente desde el Hospital Miguel Servet y actualmente también desde el Hospital Clínico Lozano Blesa y desde medicina interna. Para Hospital de día se ingresa por las mismas vías y a través del médico de atención primaria.

Otro aspecto a destacar es el funcionamiento que se hace desde el departamento de trabajo social:

El modelo de intervención utilizado es el centrado en la tarea. La intervención se planifica para resolver el problema principal, es decir, asegurar la atención necesaria para la persona dependiente y que se vaya del hospital lo más protegido posible. Cuando la familia o el profesional identifican un problema o necesidad, el trabajo es conjunto siempre y cuando la familia sea el punto de apoyo y no el problema.

Cuando llega el alta hospitalaria se realiza una evaluación de la intervención. En el caso de que la problemática persista, se derivará el caso al trabajador social del centro de salud correspondiente para que supervise el caso a través de un informe social de derivación. En aquellos casos que no haya sido necesaria la intervención porque no presentaban problemática social, se cumplimentarán o evaluarán como "no procede". Y en aquellos que se detectaba alguna problemática pero se ha logrado resolver se evaluará como "adecuado".

En la práctica profesional se respetan los principios básicos del trabajo social: autonomía del paciente, individualización, justicia social, aceptación, confidencialidad y objetividad. El hospital cuenta en este momento con dos trabajadoras sociales.

Desde este servicio se atiende a pacientes que están hospitalizados o en hospital de día geriátrico. La característica común de todos pacientes es la pérdida de su autonomía y su dificultad para volver al entorno de origen. Aunque se abre historia social a todos pacientes, se priorizan aquellos a los que se les detecta problemática social.

CAPÍTULO 5. MARCO LEGISLATIVO

5.1. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia

Hasta el desarrollo de la Ley de la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante se denominará LAAD) teníamos el derecho de acceso a los servicios sanitarios, el derecho a la educación y casi el derecho a las pensiones. Pero nos faltaba la cuarta pata: el derecho de acceso a los servicios de ayuda a las familias. El término se ha reducido incluyendo solo los servicios de dependencia.

No existe una normativa estatal en materia de Servicios Sociales, pero cuando se habla del cuarto pilar se dice que la LAAD es el cuarto pilar pues en materia de dependencia hay una normativa estatal.

Esta Ley entró en vigor el día 1 de enero de 2007 y está considerada como una de las medidas más importantes en materia de Política Social de las últimas décadas, debido a la consideración y configuración de un nuevo derecho subjetivo con el que contamos los ciudadanos españoles.

Dicha Ley se compone de cinco capítulos, y a su vez de 47 artículos.

La Ley 39/2006, regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante se denominará SAAD), en el que colabora y participan todas aquellas Administraciones Públicas con competencias en la materia.

El objetivo de la Ley es reconocer un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía en el ámbito estatal: el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Los principios más significativos de la Ley son:

- + El carácter público de las prestaciones del Sistema.
- + La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia en condiciones de igualdad y no discriminación.
- + La atención a las personas de forma integral e integrada.
- + La valoración de las necesidades de las personas atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.
- + La participación de las personas en situación de dependencia y de familiares o representantes legales.
- + La permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno en el que desarrollan su vida.
- + La participación de todas las Administraciones Públicas.

Es muy importante saber la diferencia entre dependencia y discapacidad:

Una persona se encuentra en situación de dependencia, sin perjuicio del grado de discapacidad que pueda tener además de una limitación física, mental, intelectual o sensorial, dos factores fundamentales: la incapacidad de la persona para realizar por sí misma actividades de la vida diaria, y necesidad de asistencia o cuidados de una tercera persona.

La dependencia no afecta únicamente a personas mayores. No existe limitación de edad para que una persona se encuentre en situación de dependencia, aunque hay previsiones especiales para los niños menores de tres años. En este caso, la disposición adicional decimotercera de la Ley señala que el SAAD atenderá las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de tres años acreditados en situación de dependencia.

Antes hemos hablado del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD, pero ¿qué es? Es el conjunto de dispositivos asistenciales, prestaciones económicas y ayudas destinadas a la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.

El SAAD garantiza las condiciones básicas y el contenido común del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus respectivas competencias, en esta materia; optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de la ciudadanía.

Volviendo a hablar sobre el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, la Ley establece que los titulares de los derechos establecidos en el SAAD son aquellas personas de nacionalidad española y las personas extranjeras con residencia legal en España, en situación de dependencia que cumplan los requisitos. Y esos requisitos son los siguientes:

- ✚ Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
- ✚ Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de prestación de la solicitud.

Los grados a los que hace referencia el primer requisito citado anteriormente son los siguientes (artículo 26 Ley 39/2006):

- ✚ Grado I (dependencia moderada): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal
- ✚ Grado II (dependencia severa): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de una persona cuidadora.
- ✚ Grado III (gran dependencia): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial,

necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Para determinar el grado de dependencia que tiene una persona se utiliza el Baremo de valoración de la Dependencia (BVD).

Además de conseguir la homologación de las evaluaciones que se realizan en las diferentes comunidades autónomas, este nuevo baremo también tiene como objetivo mejorar la fiabilidad del instrumento, facilitar su aplicación por parte de los profesionales encargados de la valoración e incorporar la coordinación socio sanitaria en el proceso de valoración mediante la mejora de los informes de salud. Este baremo es aplicable a cualquier edad a partir de tres años. (Para los menores de 3 años se utiliza la escala de valoración específica, EVE).

La valoración tiene en cuenta los informes existentes relativos a la salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve. Además también incluye la información obtenida mediante la observación, la comprobación directa y la entrevista personal de evaluación llevadas a cabo por profesional cualificado.

5.2. Normativa de la Comunidad Autónoma de Aragón

Siguiendo con la legislación relativa a la dependencia es necesario citar la siguiente normativa de la Comunidad Autónoma de Aragón:

-ORDEN 15 de mayo de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

En esta Orden se regula el conjunto de trámites que componen el citado procedimiento, así como los órganos que han de intervenir en dicha tramitación.

La Comunidad Autónoma de Aragón procederá, a través del procedimiento regulado por la presente Orden, a reconocer la situación de dependencia a las personas, que con carácter permanente y por razones derivadas de enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisen de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria, o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

La aprobación de la presente Orden se halla amparada en la habilitación normativa realizada por el Gobierno de Aragón al Consejero de Servicios Sociales y Familia, mediante Decreto 55/2007, de 17 de abril.

-ORDEN de 29 de abril de 2012, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, de Desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio y del Servicio de Teleasistencia.

Los Servicios de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia carecen en Aragón de regulación autonómica específica y son las corporaciones locales las que han procedido a su regulación en su respectivo ámbito, reclamando de la Administración autonómica la armonización y homogeneización de unos mínimos básicos.

Esta Orden viene a regular los Servicios de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia en la Comunidad Autónoma de Aragón, recogiendo en una misma norma tanto los contenidos en el catálogo propio del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como los considerados como prestación de servicio por parte de los servicios sociales generales, dirigidos al conjunto de la población. Ambas modalidades del servicio se contemplan expresamente en el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón y de ahí la conveniencia de que su regulación se lleve a cabo de forma conjunta en una misma disposición general.

-ORDEN de 21 de mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de

servicios de ayuda a domicilio, centros de día, centro ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón.

Se pretende adecuar el régimen de acceso y adjudicación de plazas de centros disponibles por el Gobierno de Aragón al nuevo marco derivado de la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), creado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, previéndose precisamente la aplicación del procedimiento general de adjudicación de plazas para las personas en situación de dependencia.

-Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.¹

¹ www.dependencia.imserso.es

CAPÍTULO 6. RECURSOS SOCIALES: SERVICIOS Y PRESTACIONES

Vamos a hacer un pequeño recorrido histórico antes de hablar de los recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia.

6.1. Introducción a los servicios y prestaciones sociales

La década de los ochenta supuso cambios importantes para las personas mayores españolas. Mientras en los países europeos más avanzados llevaban años librando con dureza la batalla de la desinstitutionalización y se aireaban evaluaciones demoledoras sobre las instituciones psiquiátricas y las de ancianos, en España, fruto del Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos, vivíamos la época dorada de construcción de Residencias de gran capacidad, destinadas a personas que se valían por sí mismas y que sufrían múltiples carencias socioeconómicas.

A finales de los ochenta toman fuerza, también en España, los planteamientos que defienden las ventajas de ofrecer atención a las personas en su medio habitual.

El periodo correspondiente a la década de los ochenta conduce a la constatación de que es necesario abordar un diagnóstico más preciso de las necesidades que en este sector se producirán en años posteriores. Surge el Plan Gerontológico. Su difusión supuso un cambio cualitativo para el área del conocimiento relacionada con la vejez. Se estructuró en cinco áreas: pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación. (Libro Blanco, 2005 p.347)

Las personas con dependencia funcional gozan jurídicamente de los mismos derechos y libertades que los demás ciudadanos. Solamente se les puede privar de esos derechos en caso de incapacitación.

Al contrario que sucede con la sanidad, en el ámbito de los servicios sociales no existe una norma básica que haga efectivo el derecho y que establezca unas prestaciones mínimas a nivel estatal.

La valoración de las aportaciones de los sistemas de servicios sociales autonómicos a la protección social de la dependencia ha sido en los últimos años importante, aunque insuficiente.

Si nos fijamos la mayoría de las personas dependientes en nuestro país son atendidas por sus familiares. Esto genera un debate ya que repercuten en la financiación de los servicios que se consideran sustitutorios de dichas obligaciones.

En los últimos años se han adoptado diversas medidas para ayudar a estas familias que cargan con la responsabilidad de los cuidados de una persona dependiente como la atención domiciliaria, hospitales de día, reserva de plazas de residencia temporales..., pero parecen ser insuficientes.

En definitiva, la demanda de cuidados personales puede ser medida de varias formas: horas de ayuda diaria, días de ayuda a la semana, número de tareas en las que es necesaria asistencia. El listado de actividades observadas varía enormemente de un cuestionario a otro, o el grado de dificultad para la realización de cada una de ellas se puede medir de formas muy diversas. La proliferación de escalas, test, y mediciones actuales complica la delimitación y medición del alcance del fenómeno. Dos de los índices más usados son el de Katz, basado en una evaluación de la independencia o dependencia funcional del anciano en una serie de actividades básicas para las cuales independencia significa sin supervisión, y el de Lawton, el cual puntúa la capacidad del anciano respecto a una serie de actividades instrumentales recogiendo varios niveles de autonomía para cada una de ellas.

La respuesta estatal a las necesidades de cuidados personales se limita a una oferta reducida de servicios sociales, que en nuestro país es prácticamente inalcanzable hoy en día. A medida que avanza la gravedad de la dependencia, y por tanto la intensidad y duración de los cuidados, aumenta el tiempo que

estas personas necesitan y disminuye el tiempo que muchas familias tienen en la actualidad, tendiendo a ser sustituidas por las ayudas que ofertan los servicios que hoy en día existen.

La residencia no debería ser un factor discriminatorio, no obstante sabemos que los recursos sociales y asistenciales son escasos en todo el país pero mucho más en los espacios con menos población. Si eso fuera así, podemos decir que los mayores porcentajes de población con dependencia residen en ciudades y capitales de provincia con más de cien mil habitantes. Esto podría señalar que un alto porcentaje de población dependiente está cerca de los recursos sociales asistenciales, es decir, cerca de los ayuntamientos con más recursos de Servicios Sociales, y no es cierto, pues la capacidad de endeudamiento, las aportaciones que las diferentes Comunidades Autónomas hacen a sus espacios locales no son homogéneas, los intereses políticos y económicos que defienden los diferentes ayuntamientos hacen también que la asistencia a la dependencia se apoye más en determinados recursos asistenciales y no en otros, con esto se puede afirmar que en muchas ocasiones la asistencia a la dependencia no está señalada ni indicada en función de las necesidades y la solicitud de los habitantes a los que se dirige tan atención, sino en función de las estimaciones técnicas y económicas más rentables.

Existen ayudas económicas para posibilitar que el cuidador pueda ejercer sus funciones o para sufragar los servicios si no disponen de recursos suficientes para afrontar los gastos.

En cuanto a las prestaciones, vamos a citar las siguientes que se mencionan en el Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España:

Servicios de atención primaria

Estos servicios se ofrecen y se prestan en los Centros de Salud y consultorios, Centros de Servicios Sociales y Centros de Atención a personas con discapacidad.

✚ Servicios de atención domiciliaria

Se distinguen los siguientes: asistencia sanitaria en el domicilio, hospitalización a domicilio, apoyo a la unidad de convivencia y ayuda a domicilio y teleasistencia.

✚ Servicios y/o centros de atención diurna

Ofrecen una atención integral durante el día a aquellas personas que por sus limitaciones y con la finalidad de permanecer en su entorno habitual precisan mejorar o mantener su nivel de autonomía. Estos centros son: hospital de día, centros de día, centro ocupacional, centros y servicios de rehabilitación, centros y servicios de respiro familiar.

✚ Centros residenciales

Existen diferentes tipos por su naturaleza y su finalidad: unidad de media estancia, unidad de larga estancia hospitalaria, centros residenciales, otros alojamientos alternativos y centros de recuperación profesional.

✚ Centros de especialidades y de referencia

Estos centros cumplen una doble misión. Por un lado son centros de atención directa a personas con tipo específico de problemática, y por otro lado son centros de referencia estatal para la promoción y apoyo técnico a otros recursos del sector.

También tenemos que hablar de otro tipo de prestaciones, las prestaciones económicas y prestaciones técnicas:

✚ Las prestaciones económicas engloban las prestaciones contributivas y las no contributivas.

✚ Las prestaciones técnicas hacen referencia a las prestaciones ortoprotésicas, ayudas técnicas, ayudas para adaptaciones del hogar y ayudas para la realización de proyectos de I+D+i.

6.2. Recursos de atención a las personas mayores en situación de dependencia

6.2.1. Servicios de ayuda a domicilio (SAD)

Por un lado, los servicios domiciliarios son presados por los equipos de atención primaria y también por equipos especializados de soporte, pero los servicios de ayuda a domicilio son prestados por los servicios sociales pero sin olvidar la coordinación con la atención domiciliaria de los centros de salud o de los servicios hospitalarios.

Los SAD ofrecen una ayuda personal y determinados servicios en el domicilio de ciertos individuos cuya independencia funcional se encuentra limitada. Alrededor de un 90% de los usuarios del SAD son personas mayores.

Los SAD se prestan fundamentalmente en el domicilio de las personas. Cuando se dirigen a personas mayores se trata de aquellas que presentan algún grado de dependencia. El objetivo de éstos es incrementar la autonomía personal en el medio habitual de vida.(Libro Blanco, 2005 pp.356-358)

6.2.2. Teleasistencia

Dentro de estos recursos de atención a las personas mayores en situación de dependencia, tenemos que hablar del servicio de teleasistencia.

Este servicio se puede considerar como complementario de la ayuda a domicilio, es decir, lo normal es que ambos servicios se den juntos aunque hay personas mayores que únicamente cuentan con el servicio de teleasistencia.

Consiste en que las personas, que normalmente suelen vivir solas, llevan un dispositivo que al pulsarlo se produce una señal de alarma en la central de escucha donde, automáticamente se muestran los datos identificadores de la persona. Se produce el contacto telefónico y así detectar la causa de la llamada para buscar la solución más pertinente.

Como ya hemos dicho, este servicio es muy frecuente en personas mayores que viven solas ya que da mucha tranquilidad y seguridad. Su evolución y perfeccionamiento ha abaratado sus costes, y esto hace que la accesibilidad sea más amplia y más fácil.

En cuanto al sistema de acceso para el servicio de ayuda a domicilio y de teleasistencia, también está regulado por cada Comunidad Autónoma, aunque la gestión la realizan los ayuntamientos. Los principales requisitos de acceso son la territorialidad y la dependencia. Para la valoración se tiene en cuenta el apoyo familiar, el estado de salud y también los recursos económicos con los que cuentan.(Libro Blanco, 2005 p.374)

6.2.3. Ayudas técnicas

Las ayudas técnicas también forman parte de los recursos de ayuda a las personas en situación de dependencia. El objetivo de estas ayudas es mejorar la calidad de vida de personas con limitaciones.

Existe diversidad de productos, conocidos como ayudas técnicas, que dan respuesta a personas con limitaciones sensoriales, motóricas, cognitivas o de orientación. Incluyen tanto sillas de ruedas, grúas, cubiertos adaptados, como adaptaciones para el baño, mobiliario geriátrico, etc.

Se trata de posibilitar o al menos facilitar las tareas diarias tanto para la persona dependiente como para el cuidador.(Libro Blanco, 2005 p.380)

6.2.4. Estancias temporales o largas estancias

Por otro lado, existen las llamadas estancias temporales o largas estancias, es decir, los centros de día y las residencias.

- Centros de día

Los centros de día son conocidos también como programas de respiro familiar o servicios intermedios, es decir, se sitúan entre el domicilio y la

residencia. El objetivo fundamental de los centros de día es influir de manera positiva sobre las dimensiones que originan el estrés del cuidador con el fin de eliminar los efectos negativos del cuidado. Pero, obviamente, que éste sea su fin no significa que haya que olvidarse de la persona que utiliza este recurso: la persona dependiente. Por ello podemos decir que tienen un doble objetivo: atender a las personas dependientes y ofrecer un descanso a la familia cuidadora.

Nos estamos centrando en los centros de día pero, existe más variedad de servicios intermedios como estancias temporales en residencias o estancias de día o de noche en centros gerontológicos.

El centro de día se concibe como servicio terapéutico especializado, mientras que las estancias de día no hacen este tipo de intervenciones por lo que no necesitan un equipo de profesionales específico.

Los servicios con los que cuenta un centro de día son: transporte accesible, manutención, atención social, psicológica, cuidados de salud, terapia ocupacional, y otros como peluquería, podología, cafetería, y también servicio de atención de fin de semana o de ampliación de horarios.(Libro Blanco, 2005 pp.400-401)

Existen 26 Centros de Día para personas mayores en Aragón, y 49 Centros de Día para personas con discapacidad.

- Residencias

Las residencias pueden ser de estancias temporales o permanentes. Entre sus destinatarios se incluye a las personas que tienen deterioros cognitivos y demencias.

El objetivo de la atención es facilitar y potenciar el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor.

Los servicios con los que cuenta una residencia son similares a los del centro de día: desde el alojamiento y la manutención, hasta la asistencia sanitaria, terapia ocupacional, gimnasio, e incluso servicios complementarios como peluquería y podología.(Libro Blanco, 2005 pp.421)

Existen un total de 194 residencias para personas mayores en Aragón, y 47 residencias para persona con discapacidad.

- Otros alojamientos

Existe otro tipo de alojamientos alternativos. Consisten en que las personas mayores se integran en una familia diferente a la suya y ésta familia acogedora recibe una prestación económica a cambio del alojamiento, manutención y atención a la persona mayor.

Cada Comunidad Autónoma regula el sistema de acceso a los servicios públicos de atención a las personas en situación de dependencia. Cada una establece unos requisitos de acceso y unos criterios de valoración, aunque son bastante similares.(Libro Blanco, 2005 p.415)

6.3. Prestaciones económicas

Existen tres tipos de prestaciones económicas:

- + Prestaciones económicas vinculadas al servicio: esta prestación se puede pagar únicamente si no hay plaza en un centro de la red pública. Es requisito disponer de plaza en un centro privado acreditado o una reserva de la misma.
- + Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyos a cuidadores no profesionales: los cuidados deben prestarse en el domicilio de la persona dependiente, el cuidador debe estar preparado para prestar los servicios que el dependiente necesite, y deben acreditarse las adecuadas condiciones de convivencia y habitabilidad.

- ✚ Prestación de asistencia personalizada: se paga para la contratación de una asistencia personal que facilite el acceso a la educación y trabajo y posibilite más autonomía actividades básicas de la vida diaria.

Podemos resumir los servicios y prestaciones de atención a la dependencia así:

- ✚ Servicios

- ✓ Prevención y promoción de la autonomía personal
- ✓ Teleasistencia
- ✓ Servicio de ayuda a domicilio
- ✓ Centro de día y de noche
- ✓ Atención residencial

- ✚ Prestaciones económicas

- ✓ Vinculada a un servicio
- ✓ Para cuidados en el entorno familiar
- ✓ De asistencia personal

Para el acceso a residencias o centros de día los requisitos de acceso son la territorialidad del solicitante, el estado de salud y la edad. Hay otras Comunidades que también tienen en cuenta la situación de dependencia y los recursos económicos.

CAPÍTULO 7. DESARROLLO DE LA LEY DE DEPENDENCIA

Es importante en este trabajo, dedicar un apartado a la Ley de Dependencia, y comprobar de forma exhaustiva el funcionamiento de la misma y su correcta aplicación.

7.1. Tramitación

Se valora la capacidad de la persona para llevar a cabo por si misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización en personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

La valoración se realiza en las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan, con carácter permanente, de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar dichas actividades o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

El informe de salud de la persona es requisito previo en la valoración de su situación de dependencia y forma parte de la información básica de que deben disponer las personas valoradoras que la efectúan. Sirve para conocer las causas de la dependencia.

El informe del entorno es un informe que necesitan los valoradores antes de aplicar el baremo. Incorpora en la valoración información sobre los factores del contexto ambiental y personal en el que se desenvuelve la persona valorada. Se toman en consideración también las barreras y facilitadores del entorno habitual de la persona que influyen en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Se realiza una entrevista para recoger toda la información necesaria de la persona valorada y de su entorno para la aplicación del baremo con el que se establece el grado de dependencia.

El grado de dependencia determina la intensidad y la cuantía en el acceso a los servicios del catálogo y de las prestaciones económicas de la Ley de Dependencia.

Este grado de dependencia reconocido puede ser revisado por mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia o por error de diagnóstico o en la aplicación del baremo.

Las personas valoradoras son los profesionales del área social o sanitaria, cualificados. (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD. Portal de la Dependencia)

7.2. Valoraciones de dependencia

Existen tres tipos de valoración de la situación de dependencia:

ENCUESTAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) es una operación estadística realizada por el INE en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad y el Imsero, así como con la Fundación ONCE, el Cermi y la Feaps.

La finalidad principal de la EDAD es atender la demanda de información para el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), proporcionando una base estadística que permita guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia.

La encuesta investiga la percepción subjetiva que tienen las personas sobre sus limitaciones, la causa de dichas limitaciones, su grado de severidad y

las ayudas recibidas. Se pregunta por su estado de salud, las prestaciones socioeconómicas relacionadas con la discapacidad, la discriminación por motivos de discapacidad, accesibilidad, redes sociales y una serie de características sociodemográficas relevantes para el conjunto de las personas con discapacidad. Además se investigan algunas características de los hogares y de los centros. (Instituto Nacional de Estadística)

Según el Instituto Nacional de Estadística, un 16,4 % de hombres, y un 47,9 % de mujeres, presentaban discapacidad para las ABVD según su máximo grado de severidad, sin ayudas, en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia en 2008.

BAREMOS DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

El sistema de atención a las personas en situación de dependencia establece un baremo común para todas las Comunidades Autónomas.

El baremo es un instrumento de medición de los apoyos que las personas necesitan para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Este instrumento es aplicado por los técnicos especializados de la Administración Autonómica, especializados en el mismo.

El baremo diferencia la edad de las personas y la necesidad de mayor o menor supervisión para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. (Sistema aragonés de atención a la dependencia)

ÍNDICES DE VALORACIÓN

Existen diversos instrumentos que en mayor o menor medida se emplean por especialistas para valorar situaciones de dependencia o algunos de sus aspectos. Entre todos ellos, son de interés el Índice de Katz, el Índice de Barthel, la Escala de valoración de incapacidad física y el Índice de Pfeiffer.

- El índice de Barthel.

Se utiliza para la valoración funcional de las personas. Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas ABVD, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad de la persona examinada para llevar a cabo estas actividades. (Ver anexo 6)

- El índice de Pfeiffer.

Se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Es el más utilizado por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad. (Ver anexo 7).

- El índice de Katz.

Evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación. (Ver anexo 8).

- El índice de Lawton.

Es uno de los instrumentos de medición de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día (TrigásFerrín, M. 2011, pp 11-15) (Ver anexo 9)

Aunque existen estas tres formas de valorar la dependencia, solo se consideran dependientes oficiales aquellas personas que hayan sido valoradas con el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), es decir, el segundo que hemos nombrado anteriormente.

7.3. Visiones de futuro

Independientemente de la fuente con la que nos acerquemos a la situación de dependencia, su evolución en los últimos años ha sido creciente, recogiendo un crecimiento de la situación de dependencia entra la población mayor, no achacable a las formas de medición ni a los cuestionarios, dado que en ambos casos se mantienen. De continuar la tendencia apuntada hasta la fecha sería de esperar que la situación de dependencia continuase aumentando su presencia entre los mayores de forma discreta pero constante.

Si la planificación y la oferta de servicios para la dependencia, tanto desde la administración pública como desde los distintos agentes sociales no mejora, los mayores seguirán buscando refugio y ayuda en sus familias, mostrando patrones similares a los actuales; pero las familias probablemente se encuentren cada vez más presionadas y con menor capacidad para responder a las demandas que sobre ellas se acumulen.



Previsiones de futuro

De cara al futuro hay que seguir aplicando políticas de prevención que se han demostrado beneficiosas, como la educación para la salud, la promoción de hábitos de vida saludables, las inmunizaciones, y de otros factores de riesgo cardiovascular. Potenciar intervenciones preventivas de las enfermedades degenerativas asociadas al envejecimiento, como el alzhéimer, la artrosis y la

osteoporosis, de las enfermedades de los órganos de los sentidos y de las enfermedades mentales, que repercuten en la calidad de vida y son responsables de una gran parte de la morbilidad e incapacidad de las personas mayores.

La atención primaria y los programas de atención domiciliaria deben incorporar aspectos preventivos para evitar la reagudización de enfermedades crónicas, las reacciones adversas a medicamentos, las secuelas de la inmovilidad y la sobrecarga de los cuidadores. Asimismo, es necesario realizar intervenciones preventivas para evitar las complicaciones asociadas al ingreso hospitalario de personas mayores, que implica el riesgo de deterioro funcional y de cambios de calidad y de estilo de vida tanto en los enfermos como en sus familias (Jiménez Lara, A. 2007, pp.10)

CAPÍTULO 8. ANÁLISIS DE LOS DATOS

En este capítulo se procede a la presentación y al análisis de los datos obtenidos a través de las tablas de datos y las entrevistas hechas a diferentes profesionales. A su vez, diferenciaremos dos grandes apartados: en el primero recogemos el análisis cuantitativo que procede de los datos facilitados por el Hospital San Juan de Dios y explotados en el EXCL y en el SPSS; y en el segundo los datos cualitativos conseguidos a través de las cuatro entrevistas realizadas a diferentes profesionales.

8.1. Presentación y análisis de los datos referidos a las historias sociales

Inicialmente nos planteamos una serie de objetivos: uno general y tres específicos. El objetivo general es "Identificar la situación actual de las personas dependientes en el Hospital San Juan de Dios dados de alta en el año 2012, y la demanda de recursos de ayuda a la dependencia".

Todos los objetivos planteados hay que tenerlos en cuenta en este momento para realizar el análisis de los datos, ya que es necesario comprobar el cumplimiento o no de los mismos.

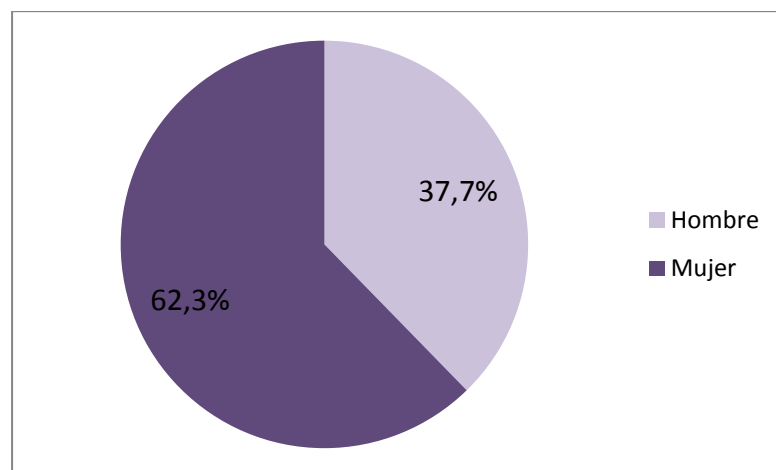
8.1.1. Conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes

Para iniciar este análisis nos planteamos como primer objetivo, Conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes, atendidos éstos en el Hospital San Juan de Dios, y que fueron dados de alta en dicho hospital a lo largo del año 2012. Recordar que de todos estos pacientes excluirémos a los pacientes dados de alta de la unidad de cuidados paliativos, de la unidad de agudos, los fallecidos, los traslados, los que acuden a hospital de día geriátrico, y a los pacientes de nefrología.

Las variables y los cruces que van a contemplar este objetivo serán sexo, grupo de edad, cruce grupo de edad según sexo, cruce grupo de edad según convivencia social al ingreso y al alta, cruce estado civil según sexo y cruce estado civil según convivencia social al ingreso. A la vez es importante definir en primer lugar las variables simples, para una vez hecho esto, poder analizar de forma correcta los cruces pertinentes.

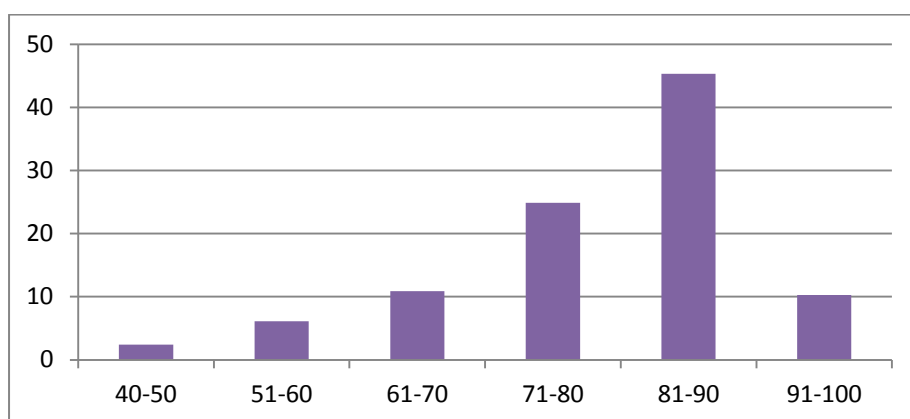
En cuanto al sexo de los pacientes de dicho hospital observamos en el gráfico 1. Sexo, que el número de mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza es casi el doble que el de hombres.

Gráfico 1. Sexo



A la vez, se observa que el rango de edad de los pacientes (grafico 2. Grupo de edad) oscila entre 40 a 100 años, teniendo en cuenta que el porcentaje de población atendida entre 81-90 años es notablemente mayor. Hay que tener en cuenta que las personas ingresadas en este hospital son una población bastante envejecida lo que nos hace tener unos rangos de edad tan alta y a la vez tan frecuente.

Gráfico 2. Grupo de edad



En la tabla siguiente, podemos ver de forma conjunta el cruce de ambas variables analizadas anteriormente y los datos obtenidos en dichos cruces. Se ve claramente, el alto porcentaje de mujeres atendidas entre 81-90 años, del cual se hablaba en los gráficos arriba mostrados.

**Tabla 1: Variable Grupo de Edad según Sexo
(frecuencias absolutas y porcentajes)**

Variable edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
40-50	3 2,4%	5 2,4%	8 2,4%
51-60	9 7,3%	11 5,4%	20 6,1%
61-70	21 16,9%	15 7,3%	36 10,9%
71-80	36 29%	46 22,4%	82 24,9%
81-90	44 35,5%	105 51,2%	149 45,3%
91-100	11 8,9%	23 11,2%	34 10,3%
Total	124 100,0%	205 100,0%	329 100,0%

Analizando los datos de la tabla de cruce de la variable grupo de edad con la variable de convivencia social al ingreso y al alta (ver anexo 9 y 10), podemos observar que aumenta el porcentaje de pacientes, de edades entre 71 a 80 años, que son trasladados a una residencia en un 21,8%. A la vez observamos en ambas tablas que el porcentaje de pacientes que viven solos aumenta con la edad llegando a un 44,2% entre 81 y 90 años.

Entre 81 y 90 años, encontramos el mayor porcentaje (59,1% al ingreso y 58,5% al alta) en pacientes que viven con sus hijos.

El 25,9% de mujeres frente a un 19,4% de hombres, viven solas. Partiendo del dato anterior se puede constatar que aparte de que la esperanza de vida de las mujeres es mayor, de ahí el alto porcentaje de mujeres que viven con los hijos (27,3% frente a un 8,1%), además de la existencia de más mujeres viudas. También es cierto que ellas son mucho más independientes que los hombres y siguen viviendo en su domicilio, al contrario que los hombres, que buscan otras alternativas (ver anexo 10).

En conclusión podemos decir que el mayor porcentaje de los pacientes son mayores de 71 años por lo que nos hallamos ante una población bastante envejecida.

Gráfica 3. Grupo de edad según convivencia social al ingreso

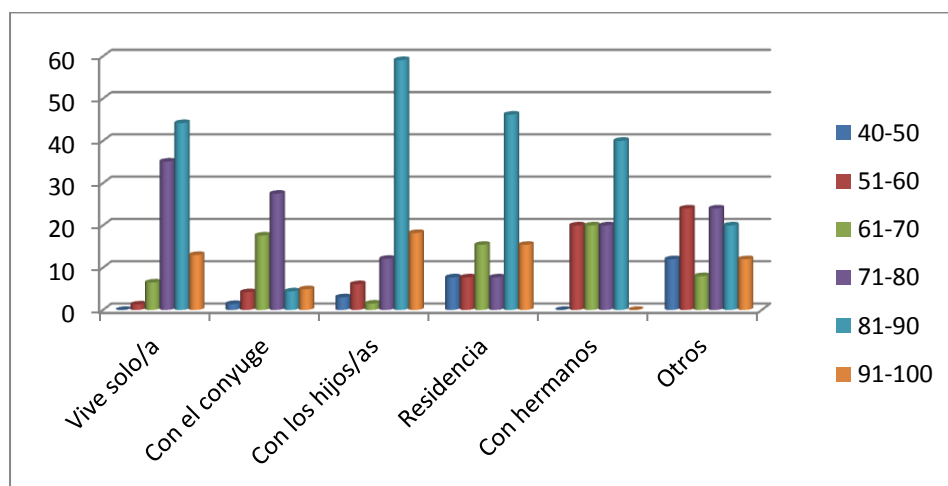
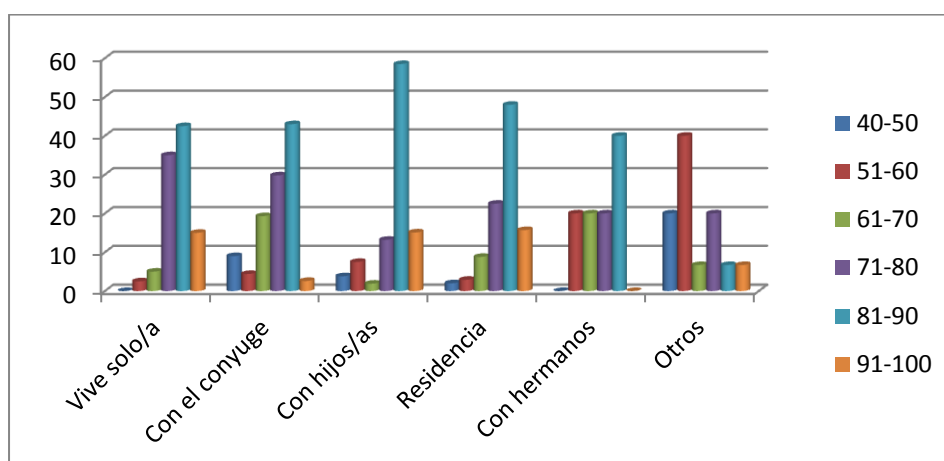
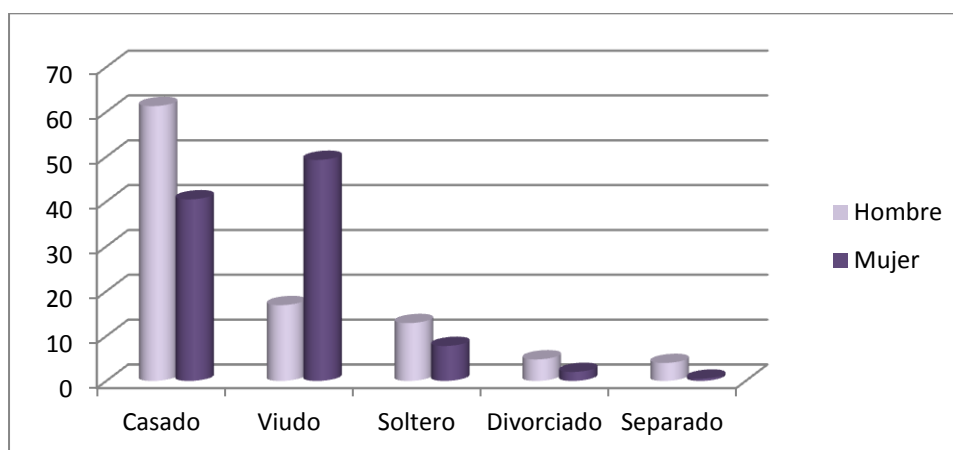


Gráfico 4. Grupo de edad según convivencia social al alta



En el siguiente cruce a analizar, el cual hace referencia al estado civil según sexo, el número de hombres viudos, un 16,9%, es inferior al de mujeres viudas con un 49,3%, ya que la esperanza de vida de las mujeres es más alta que la de los hombres, dato que podemos constatar en la próxima tabla donde analizamos la variable edad y comprobamos que entre 81-90 años el porcentaje de mujeres es notablemente mayor (51,2% de mujeres frente a un 35,5% de hombres). Al igual sucede con la población casada, donde se puede ver que hay más hombres casados que mujeres, debido al motivo comentado anteriormente: mayor esperanza de vida entre las mujeres, por lo tanto mayor número de hombres casados.

Gráfico 5. Estado civil según sexo

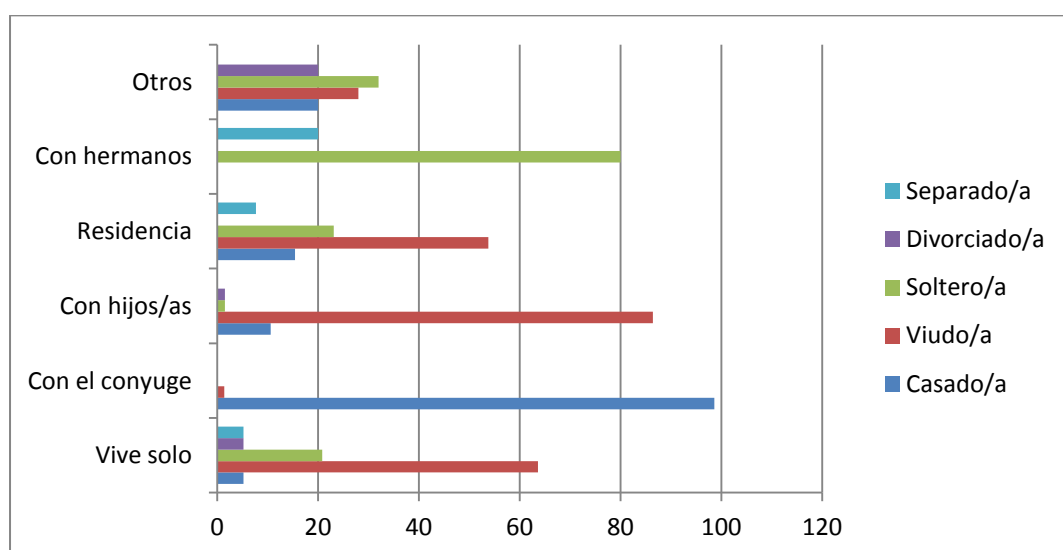


En la siguiente tabla, cruce estado civil según convivencia social al ingreso, se observa que existe un alto porcentaje de viudos/as que viven con los hijos (86,4%), de los cuales podemos decir que un cierto porcentaje se referirá a mujeres, pues como ya hemos analizado en las primeras tablas, el número de hombres viudoses inferior al de mujeres viudas, ya que la esperanza de vida de las mujeres es más alta que la de los hombres. En contraste a este dato, también es cierto que ellas son mucho más independientes que los hombres y siguen viviendo en su domicilio, al contrario que los hombres, que buscan otras alternativas, de ahí el 63,6% de personas viudas y que viven solas.

A la vez llama la atención el 80% de personas solteras que viven con los hermanos. Antes era muy frecuente que aquellos hombres o mujeres solteras, vivieran con los hermanos/as bien casados o solteros también.

Como conclusión nombrar el mayor porcentaje de la tabla, 98,6% correspondiente a todas aquellas personas casadas y que conviven con el cónyuge.

Gráfico 6. Estado civil según convivencia social al ingreso



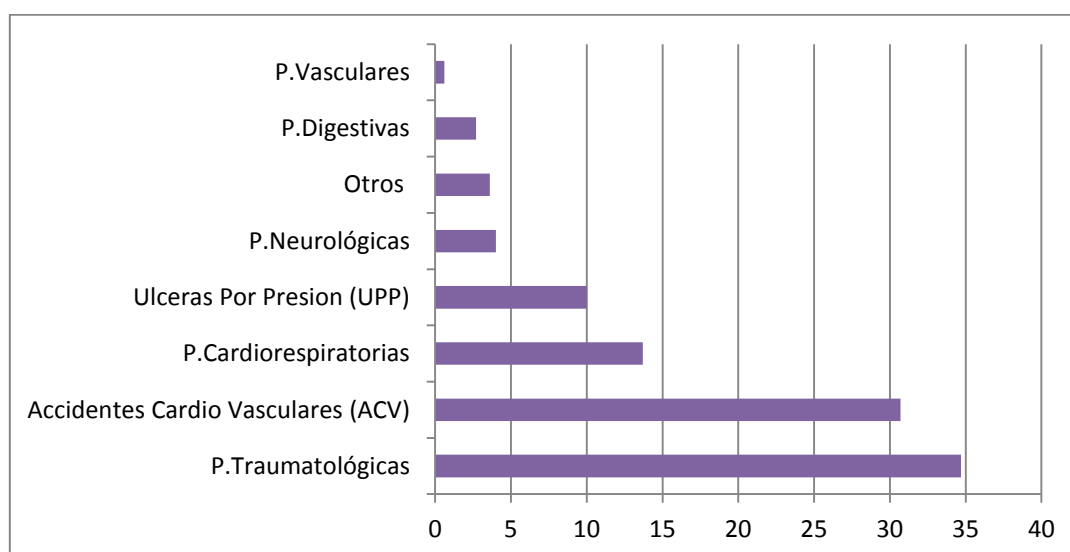
8.1.2. Salud diagnosticada y dependencia

Las cruces que hemos estudiado para alcanzar el segundo objetivo marcado, Salud diagnosticada y dependencia, serán: diagnóstico del paciente, cruce convivencia social al ingreso según diagnóstico, tramitación de la dependencia, cruce grupo de edad según tramitación de la dependencia y cruce Ley de tramitación de la dependencia según sexo.

Para poder complementar la información de estas variables tendremos en cuenta las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales.

En cuanto al diagnóstico médico que presentan los pacientes observamos en el gráfico 10. Diagnóstico médico, que predominan las patologías traumatológicas en los enfermos ingresados en este hospital, seguidas muy de cerca de los accidentes cerebrovasculares. Respectivamente afectan al 34,7% y al 30,7 %. La tercera posición en orden de frecuencias, a distancia de las anteriores, corresponde a las patologías cardiorespiratorias (13,7 %). Con menor incidencia aparecen las patologías neurológicas y las patologías digestivas.

Gráfico 7. Diagnóstico médico



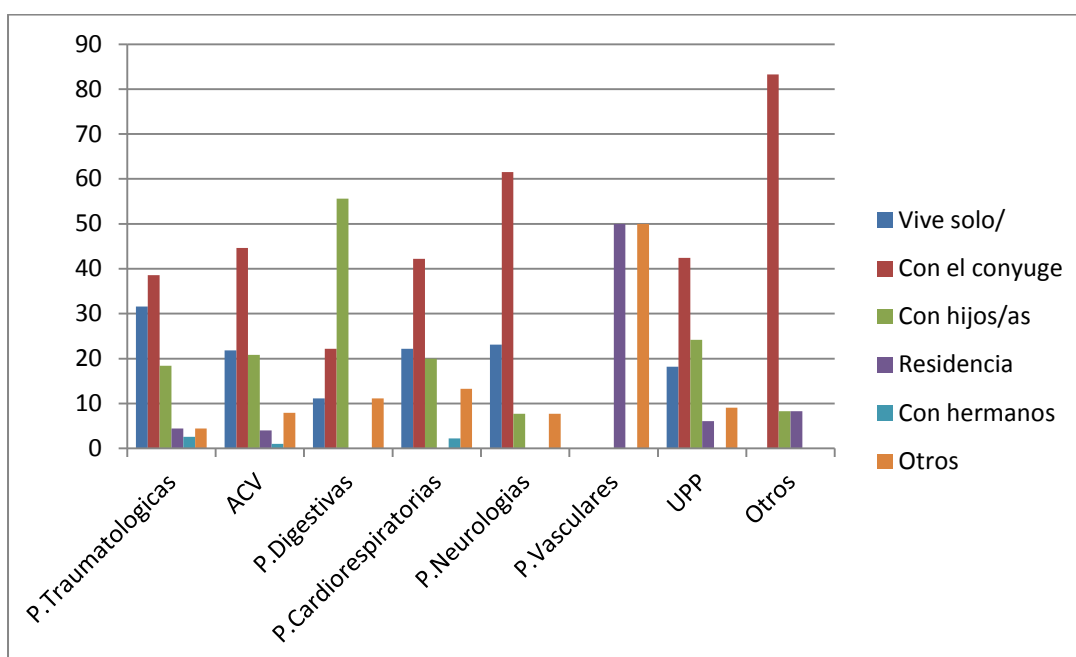
En la tabla que a continuación se presenta se recogen los datos registrados del diagnóstico médico diferencial según sexo.

Como ya hemos nombrado anteriormente, las patologías que predominan son las traumatológicas y los ACV. En la siguiente tabla podemos ver que las patologías traumatológicas se dan con mayor frecuencia en las mujeres (41%) que en los hombres (24,2%), todo lo contrario a los Accidentes cerebrovasculares (27,8% en mujeres frente a un 35,5% en hombres).

Tabla 2: Variable diagnóstico médico según sexo (frecuencias absolutas y porcentajes)

Diagnóstico médico	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Patologías traumatológicas	30 24,2%	84 41%	114 34,7%
ACV	44 35,5%	57 27,8%	101 30,7%
Patologías digestivas	3 2,4%	6 2,9%	9 2,7%
Patologías cardiorespiratorias	19 15,3%	26 12,7%	45 13,7%
Patologías neurológicas	7 5,6%	6 2,9%	13 4,0%
Patologías vasculares	0 0%	2 1%	2 0,6%
UPP	15 12,1%	18 8,8%	33 10,0%
Otros	6 4,8%	6 2,9%	12 3,6%
Total	124 100,0%	205 100,0%	329 100,0%

Gráfico 8. Convivencia social al ingreso según diagnóstico



Se observa en la tabla de convivencia social al ingreso según diagnóstico (ver anexo 10) que los porcentajes más altos se muestran en aquellos pacientes que viven con el cónyuge, pues llegamos a la conclusión que son matrimonios de edad avanzada que al vivir solos, tienen diversos problemas y enfermedades graves. Entre los diferentes diagnósticos, las patologías neurológicas muestran el mayor porcentaje, un 61,5%, seguida de una cantidad alta de ACV, un 44,6%. A la vez nos sorprende que las patologías digestivas muestren resultados bajos en aquellos pacientes que viven con el cónyuge (22,2%).

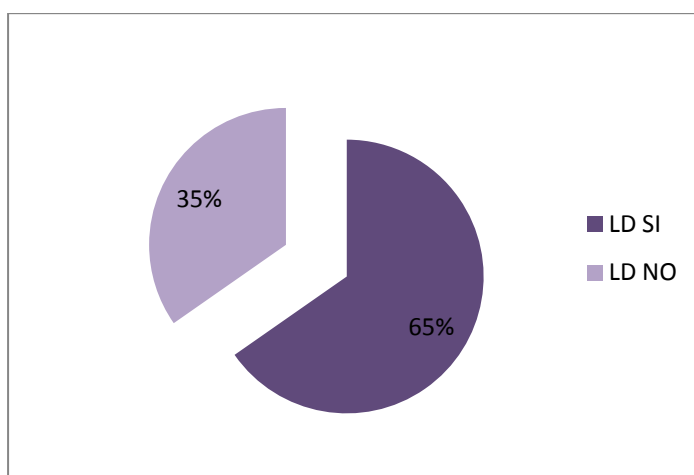
En este trabajo, dadas las características de la población estudiada, se ha pretendido conocer en qué medida están o no protegidas o atendidas las personas, por el Sistema de Atención a la Dependencia.

Por ello, y en base a la información disponible en el Hospital San Juan de Dios, se clasifica la población en dos categorías:

- Sí: aquellos pacientes que tienen o se les ha tramitado la dependencia.
- No: aquellos pacientes que por pronóstico corto de recuperación, visto éste desde el punto de vista del médico, no se les ha dado ni se les han tramitado la dependencia.

Se ve claramente que hay un alto porcentaje de pacientes (65%) que son beneficiarios del sistema de dependencia o que al menos, se les ha tramitado. Este resultado se debe a que es un hospital geriátrico, donde los pacientes tienen un alto grado de dependencia desde el momento del ingreso.

Gráfico 9. Tramitación de la Dependencia



Desde nuestra experiencia en el hospital, también podemos afirmar que en el trabajo diario se realizan una gran cantidad de solicitudes de dependencia debido al estado que presentan los pacientes. En algunos casos, por el corto pronóstico de vida, no se les llega a tramitar, aunque la familia lo sigue demandando.

Como ya se ha mostrado anteriormente, el número de mujeres atendidas en el hospital supera al de los hombres. Este predominio de las mujeres también se observa entre quienes son usuarios del SAAD, (de 215 usuarios,

135 son mujeres y sólo 80 varones). No obstante, tal como se observa en la siguiente tabla, en términos relativos, no hay una diferencia notable entre las mujeres y los hombres ya que el porcentaje es similar (en torno a dos de cada tres).

Tabla 3: Variable Tramitación de la Dependencia según sexo(frecuencias absolutas y porcentajes)

Ley de Dependencia	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Si	80 64,5%	135 65,9%	215 65,3%
No	44 35,5%	70 34,1%	114 34,7%
Total	124 100,0%	205 100,0%	329 100,0%

De algún modo la dependencia aunque va ligada al envejecimiento, puede presentarse en todas las etapas de la vida. Desde los 40 a los 70 años hay casi un 21% de pacientes que sí tienen reconocida la dependencia o se les ha tramitado, dato que puede parecer muy bajo pero que teniendo en cuenta la edad de estos pacientes tiene una importancia relevante.

Tabla 4: Variable Grupo de edad según tramitación de la dependencia (frecuencias absolutas y porcentajes)

Grupo de edad	Ley Dependencia		Total
	Si	No	
40-50	4 1,9%	4 3,5%	8 2,4%
51-60	15 7,0%	5 4,4%	20 6,1%
61-70	25 11,6%	11 9,6%	36 10,9%
71-80	51 23,7%	31 27,2%	82 24,9%
81-90	92 42,8%	57 50,0%	149 45,3%
91-100	28 13,0%	6 5,3%	34 10,3%
Total	215 100,0%	114 100,0%	329 100,0%

Aun así queda constancia en la tabla anterior, que los pacientes entre 81 a 90 años forman el grupo de edad con el mayor porcentaje de dependencia en el año 2012 en este hospital.

Tan importante es la tramitación de la dependencia que se hace desde el hospital como la valoración posterior.

8.1.3. Identificar los recursos existentes de ayuda a la dependencia y la demanda que hay de ellos en el hospital San Juan de Dios

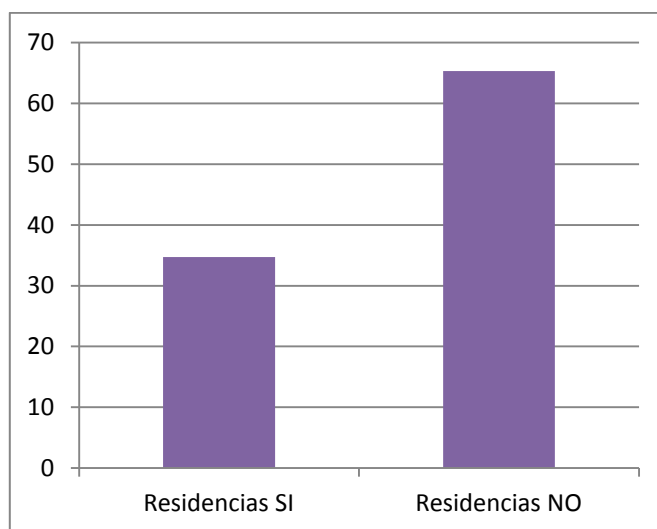
Para analizar el último objetivo, Identificar los recursos existentes de ayuda a la dependencia y la demanda que hay de ellos en el Hospital San Juan de Dios, hemos tenido en cuenta los diferentes recursos más demandados desde el hospital San Juan de Dios, como desde el sistema de ayuda y atención a la dependencia. Los recursos que hemos estudiado son: residencias,

centros de día, servicio de teleasistencia, servicios de ayuda a domicilio y ayudas técnicas.

Al igual que en el objetivo anterior, para poder complementar la información de estas variables tendremos en cuenta la entrevista realizada a una de las trabajadoras sociales del hospital San Juan de Dios, referente a los recursos demandados, y nuestra propia experiencia personal durante el periodo del prácticum de intervención en dicho hospital.

En primer lugar, antes de analizar los resultados obtenidos, es importante adjuntar las diferentes gráficas de los recursos que acabamos de citar²:

Gráfico 10: Demanda de Residencias



²Es necesario aclarar la división que hemos hecho al analizar estos recursos: Si, aquellas personas a las que se les ha dado información acerca del recurso, ya sea por intervención de las profesionales al tener grave problemática social, o por demanda de la familia; y No, aquellas personas a las que no se les ha dado información acerca del recurso, bien porque no tenían grave problemática o bien porque no la han demandado.

Gráfico 11: Demanda de Centros de día

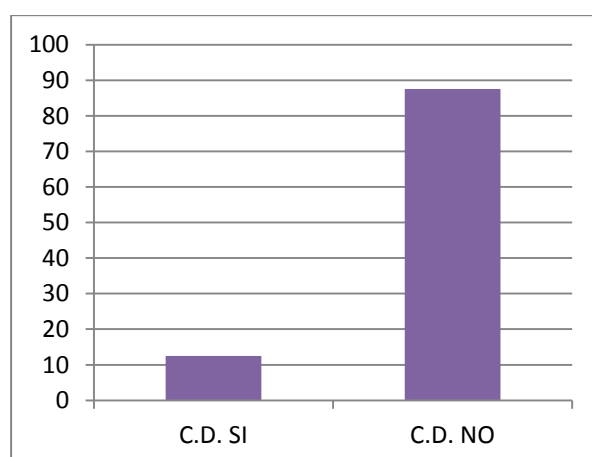


Gráfico 12: Demanda de Servicio de Teleasistencia

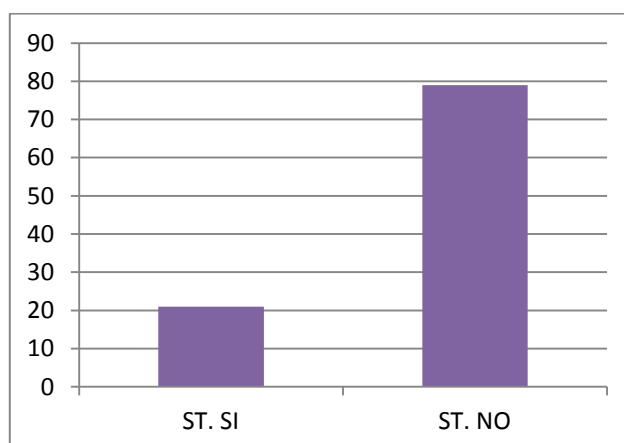


Gráfico 13: Demanda de Servicio de Ayuda a Domicilio

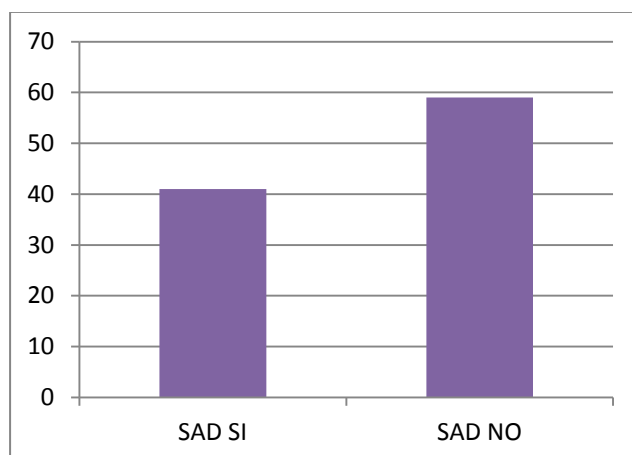
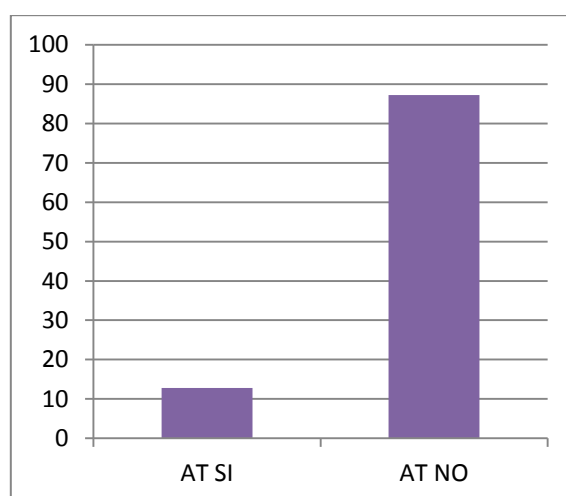


Gráfico 14: Demanda de Ayudas Técnicas



Podemos observar que en todos los recursos estudiados el porcentaje del “NO”, supera al “SI”. Esto se debe a que el porcentaje de pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Dios con grave problemática social oscila entre un 25% y 30%.³ Además también hay pacientes que aumentan estos valores entre un 5% y un 10%, pues sin tener grave problemática social acuden al servicio para recibir orientación concreta acerca de los diferentes recursos existentes.

Tabla 5: Comparación de recursos

	SI	NO
Residencias	34,7%	65,3%
Centros de Día	12,5%	87,5%
Servicio de Teleasistencia	21%	79%
Servicio de Ayuda a Domicilio	41%	59%
Ayudas Técnicas	12,8%	87,2%

³ Indicadores del departamento de Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios

8.2. Presentación y análisis de los datos obtenidos en las entrevistas

Tan útiles como los cruces que hemos analizado anteriormente, han sido las entrevistas realizadas a diferentes profesionales. Como ya hemos dicho en un apartado anterior, las entrevistas se han realizado a las trabajadoras sociales del Hospital San Juan de Dios, a una valoradora de dependencia y la última a una de las trabajadoras sociales del Hospital San Juan de Dios para poder obtener información sobre los recursos y prestaciones que se solicitan, así como los posibles cambios que las familias puedan demandar. Con esta entrevista también hemos querido conocer el proceso de tramitación del Programa Individual de Atención. (Ver anexo 4)

Con la realización de estas entrevistas y gracias a la ayuda de las profesionales, hemos podido alcanzar los objetivos propuestos.

8.2.1. Entrevista a las trabajadoras sociales

En el Hospital San Juan de Dios se inicia el procedimiento de dependencia a la mayoría de los pacientes ya que presentan grandes dificultades. Muchas familias son las que muestran el interés y demandan información sobre el funcionamiento de la Ley de Dependencia; en otros casos si las trabajadoras sociales lo ven necesario, son ellas las que se adelantan y hablan con la familia para informarles y poner en marcha el procedimiento.

“Lo podemos iniciar de dos formas distintas, una de ellas a petición de la familia o los interesados que directamente vienen a solicitar la tramitación de la misma, o por orientación profesional nuestra”.
(Entrevista 2)

Para el inicio de la tramitación de la dependencia es necesario tener en cuenta distintos aspectos. Uno de ellos es el diagnóstico del paciente, algunos índices como Barthel o Pfeiffer. También es importante tener en cuenta el tipo de paciente que es, ya que en el hospital existe una unidad de cuidados paliativos cuyo pronóstico de vida suele ser corto.

Otro aspecto importante, que podemos enlazar con los anteriores, es el pronóstico y la recuperación del paciente.

"...la previsión de dependencia va a ser muy elevada si el pfeiffer al ingreso es irrealizable o muy alto (8 o 10), y/o también el barthel es 0 o muy bajo. La previsión de dependencia junto con el diagnóstico son indicadores potenciales". (Entrevista 1)

"...es importante tener en cuenta los tres indicadores, ya que hay veces que los tres se cumplen y otras que no, por eso hay que tenerlos en cuenta y son tan importantes las reuniones interprofesionales". (Entrevista 1)

Desde el hospital se inicia el procedimiento. Es sencillo ya que únicamente se trata de cumplimentar la documentación y aportar otros documentos como el DNI, certificado de empadronamiento, tarjeta sanitaria... Después el procedimiento pasa a la Administración.

"el procedimiento es sencillo porque la documentación es muy concreta y básica, salvo los pacientes que quedan excluidos de poder pedir este trámite, con lo que no estamos de acuerdo". (Entrevista 2)

Muchas personas quedan excluidas de la Ley por lo que no se puede iniciar el procedimiento. Estas personas son principalmente aquellas que no tienen certificado de empadronamiento, o que al estar en situación de exclusión o en riesgo no tienen el DNI u otra documentación en vigor.

"...porque hay veces que no están empadronados aunque estén viviendo en la ciudad, y por ello al iniciar la tramitación están excluidos porque no reúnen los requisitos según el protocolo, al igual que pasa con muchas personas inmigrantes que no cumplen cinco años empadronadas en territorio español y no tienen derecho hacer la solicitud de dependencia". (Entrevista 1)

En el Hospital, gracias a las reuniones interdisciplinares, el trabajo que realizan las trabajadoras sociales se facilita mucho. Los médicos del hospital

facilitan siempre los informes médicos para llevar a cabo los trámites de dependencia.

El Hospital además cuenta con un grupo de voluntarios que, en el caso de que no exista familia o no puedan hacerlo, se encargan de entregar la documentación necesaria para que el procedimiento se lleve a cabo.

En algunos casos se valora a los pacientes en el Hospital.

“...cuando la estancia hospitalaria sea larga o el paciente esté grave, o exista una gran dependencia y el paciente no esté en procedimiento de rehabilitación, cabe la posibilidad que sea valorado en el hospital aunque no sea lo común”. (Entrevista 1)

Una vez que un paciente tiene reconocida la dependencia puede pedir una revisión de la misma. Es decir, cuando un paciente no tiene reconocido el máximo grado de dependencia (grado 3), y su situación ha empeorado, puede solicitar la revisión para que se le conceda un grado mayor al que se le concedió anteriormente.

“actualmente la revisión de dependencia ha sufrido cambios, y si se hace una revisión antes de una año, habrá que pagar unas tasas de 30€”. (Entrevista 2)

Aunque al solicitar la revisión lo que se busca es un aumento del grado, en algunos casos debido a una modificación del baremo, el grado disminuye.

“...hay casos que con el baremo antiguo a lo mejor el grado era alto y ahora con la revisión en vez de subir el grado, que es lo que quiere hacer la mayoría de las familias, hay casos en los cuales les han bajado el grado, por ello se les informa de que hay que tener precaución al revisar porque puedes perder derechos si te bajan el grado”. (Entrevista 1)

La Ley de Dependencia ha sufrido varias modificaciones no solo en el baremo como acabamos de decir.

“...hay familias que creen que la ley de dependencia ya no existe porque no están dando ayudas, sobretodo económicas”. (Entrevista 2)

Otra de las modificaciones influye directamente en los cuidadores principales. Antes los cuidadores podían darse de alta en la Seguridad Social teniendo a la vez la prestación económica por cuidados en el entorno familiar. Ahora eso ya no existe, aunque siguen cuidando a las personas dependientes. Por ello no tendrán una pensión en el futuro.

También se han congelado las prestaciones económicas vinculadas al servicio:

“...hay muchas familias que necesitan al alta hospitalaria una residencia y que al no existir estas prestaciones, ven con perplejidad el poder costear el pago de las residencias con las pensiones de los dependientes y en muchos casos con los pequeños ahorros que hayan podido tener”. (Entrevista 1)

Muchas familias presentan dificultades a la hora de encontrar una residencia que se ajuste en calidad-precio y que puedan costearlas. Una reflexión importante de las trabajadoras sociales en este sentido:

“las personas con dependencia van a estar atendidas en residencias económicas no adecuadas”.

En el caso de las residencias públicas, no es proporcional la concesión de plazas con la necesidad existente. La ubicación de la residencia es un factor importante ya que se entiende que soliciten la residencia en Zaragoza por la cercanía de los lazos familiares (en el caso que residan en Zaragoza), pero la DGA entiende que ante una situación de necesidad no se elija la ubicación de la residencia y se conceda donde haya plaza en ese momento.

“El paciente estaría alejado de su familia, significando esto que encima de la distancia, si el paciente necesitara ingreso hospitalario, sería en el hospital de referencia que le pertenezca a la residencia, haciendo que la familia se desplazara. Cuando te concedan la plaza pública el paciente

será trasladado, lo que en muchas ocasiones también origina una nueva adaptación para el residente". (Entrevista 1)

Respecto a posibles reformas, las trabajadoras sociales del Hospital hicieron especial referencia a la situación actual que se está dando tanto en sanidad como en servicios sociales.

De todo lo que hemos dicho anteriormente podemos sacar varias conclusiones, entre ellas que muchas personas dependientes están siendo abocadas en los domicilios en malas condiciones de atención porque no son lugares idóneos para los cuidados que requieren estas personas.

Otro de los motivos que explican las profesionales es:

"...poco control que se ha hecho de las prestaciones que se estaban dando. Las prestaciones se han dado sin pensar, principalmente las económicas vinculadas al cuidado en el entorno familiar, sin controlar que estas prestaciones se daban exclusivamente para el cuidado de la persona dependiente y no como un subsidio para el cuidador". (Entrevista 1)

Y en cuanto al ámbito sanitario:

"Las estancias medias hospitalarias con la actual situación de la reforma sanitaria son cada vez más cortas y con más rotación. Esta realidad junto con la dureza de ver que en este hospital se ha cerrado una planta, es complicado entender que cada vez haya más población envejecida, más dependencia, lo cual es una realidad social y que económicamente no haya dinero para poder costear estas necesidades". (Entrevista 2)

8.2.2. Entrevista a una valoradora de dependencia

Los criterios de valoración se llevan a cabo mediante la aplicación del baremo aprobado por el gobierno y cumpliendo lo que la ley dicta. A la vez, todas las solicitudes deben ser valoradas y revisadas por los equipos de evaluación.

Cuando una persona quiere que se le reconozca como una persona dependiente, el primer paso es presentar la solicitud de la situación de la dependencia y junto a esa solicitud se adjunta otra documentación: fotocopia del DNI, informe de salud, certificado de empadronamiento, y si procede, declaración del guardador de hecho, fotocopia de éste, certificado de minusvalía... Se presenta en cualquier registro oficial. Las solicitudes se remiten a la Dirección General del IASS o a las Direcciones Provinciales del IASS en Huesca y Teruel, para su registro y tramitación.

“La valoración de dependencia de una persona la realizamos cuando el interesado presenta la solicitud con toda la documentación necesaria.”

El orden de tramitación es el orden de entrada en el registro. Ante situaciones urgentes o de extrema necesidad el orden varía, por ejemplo en personas que tengan reconocida una pensión de gran invalidez.

“Como norma general el orden que se sigue es el de entrada en el registro, pero existen excepciones que aplicamos cuando se trata de casos de urgencia”.

Una vez la solicitud ha entrado en registro, se estudia el expediente, lo que implica los datos personales, médicos, sociales.

La persona que valorará a la persona interesada se pone en contacto por teléfono para comunicarle el día y la hora en que se realizará la valoración en el domicilio en el que se encuentra dicha persona.

Una vez en el domicilio se aplica el BVD, y el órgano de valoración emite el dictamen.

“Lo que hacemos es aplicar el Baremo. Valoramos el nivel de desempeño individual de la persona, si el problema es físico, mental o ambos; el tipo de apoyo que necesita, y la frecuencia con la que necesita de ese apoyo.”

El Director General del IASS en la provincia de Zaragoza, o los Directores Provinciales de Huesca y Teruel, emitirán las resoluciones de reconocimiento de la situación de dependencia y del grado correspondiente. Esta resolución se comunica al interesado y a la sección del PIA del IASS.

“Por último, se le remite tanto al interesado como al IASS la resolución del grado de dependencia para que luego se le elabore el PIA.”

Cuando se valora a una persona es porque se encuentra en una situación permanente, es decir, cuando la deficiencia secundaria de la patología que afecta a la persona se estabiliza con o sin tratamiento médico, y no es probable que se modifique en el futuro. Es en los informes médicos donde consta que el proceso de recuperación es estable, y también donde se determina que la persona ha alcanzado su máxima mejoría.

“Las actividades que consideramos a la hora de la valoración dependen de los tramos de edad. Son actividades como comer, higiene personal, lavarse, vestirse, desplazarse dentro y fuera de la vivienda, capacidad de tomar decisiones...”.

8.2.3. Entrevista a una de las trabajadoras social del Hospital San Juan de Dios

Como ya sabemos existen tres prestaciones económicas: vinculada a un servicio, para cuidados en el entorno familiar, y de asistencia personal. Estas prestaciones están paralizadas desde hace un tiempo coincidiendo con la recesión económica de la crisis. Las prestaciones que ya se habían concedido continúan activas.

“...Si bien, se continúan las concedidas previamente con una reducción del 15% de su cuantía.”

Algunas prestaciones son más solicitadas que otras dependiendo de las circunstancias personales de cada persona y/o familia.

“Desde nuestra experiencia es que prima con diferencia las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar.”

“Si hablamos de la cartera de servicios de ayuda a la dependencia en general el recurso más solicitado es el de residencia pública en Zaragoza capital”.

Los profesionales aseguran que la demanda del tipo de prestación ha cambiado sustancialmente ya que como hemos dicho las prestaciones económicas están congeladas.

“Cualquier prestación económica que se pida es indiferente ya que no hay dinero ni carácter retroactivo.”

Hay que destacar que desde hace un año se ha abierto nuevamente la concesión de Centros de Día públicos. Los concertados, en cambio, continúan congelados.

“En el año 2012 no se concedió ninguna plaza de Centro de Día ni propia ni concertada, quedando prácticamente vacíos los mismos aunque las solicitudes de este tipo de recurso siempre han sido muy importantes”.

Existen muchos casos en los que la familia o el propio interesado pueden pedir un cambio de PIA. Los motivos son variados.

Uno de ellos es el empeoramiento de la situación de la persona dependiente.

“A mayor dependencia, mayor solicitud de Residencias”.

Otro motivo es el cambio de ubicación del paciente.

“Con la situación actual de paro en las familias, éstas y por su situación de necesidad deciden llevarse al dependiente a casa”.

En el caso en que la familia decide llevarse a casa al paciente para cuidarle allí, es porque se encontraba en una Residencia privada. En casa serán cuidados por la persona/s en paro.

“...en la mayoría de los casos sin formación ni preparación previa, y así optimizar los recursos económicos familiares”.

El procedimiento que se sigue para el Programa Individual de Atención, es bastante largo. Incluso en algunos casos puede suceder que la concesión de la prestación coincida con el empeoramiento del paciente. En ese caso, nuevamente se comienza la revisión de la dependencia y posteriormente realizar otro proceso del PIA con el nuevo Grado.

“Por ejemplo un paciente con grado II que solicita Centro de Día público, cuando éste le es concedido, el paciente ha empeorado y tienen q realizar revisión de grado para solicitar una Residencia pública, ósea un desastre”.

En cuanto al control o seguimiento de las prestaciones vinculadas al servicio de Centro de Día o de Residencia, sí que tienen una forma de control. En el listado que edita la DGA aparecen aquellos centros autorizados a estar dentro del sistema de atención a la Dependencia. Si el centro no aparece en estos listados, en principio no es un centro idóneo para atender en Centro de Día o Residencia a personas con Dependencia.

En cambio, si hablamos de la prestación vinculada a cuidados en el entorno familiar es más complejo de valorar ya que no hay un seguimiento del destino de esta prestación hacia el dependiente.

“En la mayoría de los casos los cuidadores entendían que era una paga, un derecho por cuidados sin que nadie realizara control alguno sobre la situación del dependiente, y si tenía bien cubiertas sus necesidades básicas que requiere todo gran dependiente”.

CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A propósito de la investigación realizada, y como ya hemos dicho en algún apartado anterior, nos planteamos tres objetivos. Al concluir este trabajo podemos decir que dichos objetivos han sido alcanzados en su totalidad gracias al análisis de los datos obtenidos de las historias sociales de los pacientes del Hospital San Juan de Dios dados de alta en el año 2012, y a las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales.

En cuanto a las hipótesis planteadas, hemos podido corroborar, que sí es cierto que un alto porcentaje de los pacientes dados de alta en dicho hospital, no tienen acceso a recursos públicos, debido a que todavía no tienen reconocida su situación de dependencia y/o porque la actual crisis económica está influyendo en el área de Servicios Sociales, y por tanto, en la Ley de Dependencia. También hemos podido confirmar que las edades de los pacientes atendidos son muy elevadas.

Una de las hipótesis planteadas y no cumplida, es la existencia de más hombres que mujeres dependientes en el hospital. Después de realizar el análisis de los datos, se ha observado que el número de mujeres atendidas y dependientes en la institución, supera al de los hombres.

Si bien podría decirse que no existe un único perfil de personas dependientes en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, si es posible identificar algunas características principales:

- Hemos podido observar que en dicho hospital el número de mujeres atendidas es casi el doble que el de los hombres. A la vez el rango de edad que prima en el hospital es de pacientes entre 81 y 90 años.
- En cuanto al estado civil de los pacientes encontramos mayor número de hombres casados, y mayor número de mujeres viudas. Esto es debido a la alta esperanza de vida entre las mujeres.
- La patología clínica más habitual entre estos pacientes son las traumatológicas, dándose con mayor frecuencia en las mujeres. La

siguiente patología más característica son los accidentes cerebrovasculares que, por el contrario, se dan más en los hombres.

Un aspecto importante, y primordial en nuestro trabajo, es la situación de dependencia de los pacientes en este hospital. Hemos comprobado que un alto porcentaje de pacientes atendidos son beneficiarios del sistema de dependencia o ya se les ha tramitado. Este alto porcentaje se debe a que, como ya acabamos de decir, las personas atendidas superan los 80 años y ya en el ingreso tienen una alta dependencia, lo cual justificamos con los índices de valoración realizados por los médicos a la entrada del paciente en el hospital.

En muchas ocasiones, la familia del dependiente es la que muestra interés y solicita información acerca de la Ley.

Como conclusión obtenida al hilo de las entrevistas, cabe destacar que uno de los problemas principales llega cuando la familia necesita una ayuda casi inmediata pero no saben que “eso” que demandan, es decir el recurso o ayuda, no es efectivo al momento. Por ello hoy en día muchas de estas familias creen que ya no existe dicha Ley puesto que la mayoría de las ayudas, sobre todo las económicas, no se están dando.

Hablando de la Sanidad Pública que hoy se está prestando en los hospitales, y en concreto en el Hospital San Juan de Dios, el cual nosotras hemos tomado de referencia, las estancias medias hospitalarias están siendo más cortas y con más rotación, lo cual hace que la persona dependiente tenga que regresar al domicilio

En relación a lo dicho anteriormente, la necesidad de dar respuesta a una realidad que hoy en día está siendo reclamada no es cubierta por la ayuda pedida, sino que los familiares son los que están asumiendo esa responsabilidad. Es decir, como bien nos explican las trabajadoras sociales del hospital San Juan de Dios, en la entrevista número 1 (pág 64) hay muchas familias que necesitan una residencia urgente al alta hospitalaria pero, al no tener acceso a esa prestación, presentan dificultades de poder encontrar una

residencia que se ajuste a sus necesidades tanto económicas como a las del propio paciente. Por ello se ven abocadas a ingresarlo en una residencia económica pero no adecuada a las necesidades de la persona dependiente.

Las otras opciones a las que por necesidad tienen que optar las familias son, llevarse al familiar al domicilio y atenderlo de la mejor manera posible, lo cual conllevaría otras consecuencias para el cuidador principal ya que habría que tener en cuenta, como bien hemos dicho anteriormente, que las circunstancias económicas son difíciles lo que impide tener una ayuda profesional adecuada; o ingresar a su familiar en una residencia alejada del domicilio familiar.

Hay otra opción que es la de las residencias públicas pero no es proporcional la concesión de la plaza con la necesidad existente. Puede pasar que la ubicación de la residencia concedida no sea la que el familiar haya solicitado como primera opción, puesto que la cercanía es un factor muy importante, pero la DGA entiende que ante una situación de necesidad, no se elija la ubicación de la misma, y se conceda donde haya plaza en ese momento.

Otra conclusión que hemos sacado de este trabajo es que la situación general que está viviendo hoy en día la Ley de Dependencia junto con la necesidad de la población, hace que haya muchos cambios de PIA, puesto que unas prestaciones son más solicitadas que otras dependiendo de las circunstancias personales de cada familia. Esto se debe a que muchas familias prefieren sacar de la residencia privada a su familiar dependiente y llevárselo a casa, para que ese dinero con el que costeaban la residencia sea una ayuda para la subsistencia de la familia.

Hoy en día hay un bloqueo en la aplicación de la Ley de Dependencia, lo cual sumado a los costes sociales que la actual crisis económica se está cobrando, está siendo fuente de un aumento de las desigualdades sociales.

A la vez existe una clara diferencia y una escasa dotación de recursos públicos y por tanto, hay que acudir al mercado privado, como ya hemos visto anteriormente.

Para concluir decir que ha sido muy útil la ayuda de las profesionales en nuestra investigación. Asimismo, nuestra experiencia personal en el campo de prácticas durante el primer cuatrimestre del pasado curso, nos ha ayudado a conocer de primera mano la situación actual que está sufriendo la Ley de Dependencia y de qué manera afecta a las familias y a los propios pacientes.

Al hilo de estas conclusiones, y sabiendo que esto es un estudio por y para el trabajo social, se señalan estas propuestas de actuación a tener en cuenta por los diferentes profesionales:

-Como bien nos decía una de las trabajadoras sociales en la entrevista, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, es una de las más solicitadas y reclamada por los familiares. Con este tipo de prestación, no existe ningún tipo de control en el uso de la cuantía, problema que conlleva a un mal uso de la cantidad económica concedida y a que los familiares creen que, hoy en día, no existe la Ley de Dependencia, como más arriba hemos aclarado. Por todo esto, se propone un "Control del uso de la prestación económica destinada exclusivamente a los cuidados y necesidades de la personas dependiente".

-Otra propuesta importante y a tener en cuenta es: "Tramitaciones mucho más rápidas y efectivas". Existen muchos recursos y prestaciones de ayuda a la dependencia, y por ello es necesario realizar diferentes tramitaciones hasta que la persona dependiente es reconocida como tal, y se le es concedida la prestación demandada. Desde que se realiza la solicitud de dependencia, hasta que la persona dependiente es valorada, y le llega la prestación solicitada, pueden pasar hasta dos años. Durante este periodo, la persona ha podido empeorar o incluso fallecer.

-En cuanto a los recursos públicos que se dan, en concreto las residencias, hay que señalar que hoy en día la plaza de una residencia pública se le concede exclusivamente a una persona reconocida con un grado 3 de dependencia. Realmente, un grado 3 y un grado 2, en muchas ocasiones no tiene por qué presentar diferencias notablemente grandes, es decir, “una persona con grado 2 también debería tener el mismo acceso a una plaza de residencia pública”.

En definitiva, serían muchas cosas las que se podrían mejorar e incluso cambiar, pero la actual crisis económica impide la realización de muchos cambios que serían necesarios, como por ejemplo la concesión de plazas públicas residenciales, pero que a la vez hoy en día, y por triste que resulte, son improbables.

BIBLIOGRAFÍA

- Bazo Royo, M.T. (2007) Envejecimiento, autonomía y seguridad. Universidad de la Rioja. (Ed.) Apoyo familiar y social como medio de promoción de la autonomía: una perspectiva europea. (pp. 183). Logroño.
- Bazo, M.T. (1998) Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. [Versión electrónica] *Revista de sociología. Universidad del País Vasco*, 148.
- Casado Marin, D. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración(pp. 9; 24; 25). Barcelona: Fundación la Caixa.
- Cuesta Ruiz, AB. (2007). Envejecimiento, autonomía y seguridad. Universidad de La Rioja. (Ed.) Prevención de la dependencia desde una perspectiva social (pp. 139). Logroño.
- Giró Miranda, J. (2007). Envejecimiento, autonomía y seguridad. Universidad de la Rioja. (Ed.) Los derechos de las personas de edad en el ejercicio de la ciudadanía (pp. 29). Logroño.
- Hernández Rodríguez, G (2007). Envejecimiento, autonomía y seguridad. Universidad de la Rioja. (Ed.) Cobertura de necesidades de la ancianidad desde la familia y los servicios sociales. (pp. 221). Logroño.
- Herrero, J.L. (2010). Desde mis ruedas. [Versión electrónica] www.eladelantado.com
- Jiménez Lara, A. (2007). El sector de la salud y la atención a la dependencia. [Versión electrónica] *Fundación alternativa* (pp.10).

- Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. 2005.
- Pérez Díaz, J., Proyección de personas dependientes al horizonte 2020. [Versión electrónica].
- Puga González, Ma Dolores (2001) Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Fundación Pfizer (Ed.) El riesgo de caer en una situación de dependencia en la vejez. (pp. 51). Madrid [Versión electrónica].
- Rodríguez Cabrero, G (2004) Protección Social de la dependencia en España. [Versión electrónica] *Fundación alternativa*(pp. 21; 22; 45; 52).
- TrigásFerrín, M. (2011). Escalas de valoración en el anciano. [Versión electrónica] *Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*, 11-15.
- Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD. Portal de la Dependencia. <http://www.dependencia.imserso.es>
- (s.f.) *Instituto Nacional de Estadística*<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>
- (2008) *Sistema aragonés de atención a la dependencia*<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/docs/Areas/Dependencia/Informaci%C3%B3n/GUIAdependenciaWEB.pdf>
- www.imsersomayores.csic.es

ANEXOS

Anexo 1: Glosario

ACCESIBILIDAD

Tener acceso, paso o entrada a un lugar o actividad sin limitación alguna por razón de deficiencia, discapacidad o minusvalía. Puede estar referida al medio urbano, a los edificios, transporte o medios de comunicación.

Discapnet. Servicio de glosario [en línea] Madrid: Fundación ONCE; Bruselas: Unión Europea, Fondo Europeo de Desarrollo Regional, 2004, <http://www.discalnet.es/Discalnet/Castellano/Glosario/default.htm>

ACOMPAÑAMIENTO

Servicio asistencial promovido desde instancias públicas u organizaciones de voluntariado, para ofrecer compañía a personas que por razón de edad o discapacidad están marginados y en soledad.

Portal Mayores. Portal especializado en Gerontología y Geriátría [en línea]. Madrid: Imserso; CSIC, 2004. Disponible en: <http://www.imersomayores.csic.es>

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA

Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado y de funcionamiento básico, físico y mental.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de la medicación o coger un autobús.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf6>

ADAPTACION

Nivel más o menos óptimo, de acomodación del comportamiento al modo de vida existente y mayoritariamente aceptado por el grupo al que se pertenece, así como la disposición del individuo para participar activamente de dicho grupo.

Ministerio de Ciencia y Tecnología. Proyecto ESLEE [en línea]. Universidad de Alcalá, Universidad de Granada, CINDOC del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Universidad Pontificia de Comillas e ICCAT, s.d. Disponible en: <http://www.eslee.org/proyecto.php>

APOYO INFORMAL

Consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares o allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf: [http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-Libroblancodependencia-01.pdf)

[Libroblancodependencia-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-Libroblancodependencia-01.pdf)

APOYO PSICOSOCIAL

Conjunto de actividades que consisten en practicar la escucha activa con la persona mayor, estimularla para que practique el autocuidado, para que permanezca activa, que se relacione, en definitiva, todo aquello que fomente su autoestima y la prevención y reducción de la dependencia.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf:

<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

APOYO SOCIAL

Ayuda proporcionada al individuo por medio de instituciones formales donde las personas pertenecen a grupos de relación cara a cara de tipo informal.

Martínez, Mariví; Mora, Teresa; Rosel, Jesús. "Metodología de mediación del apoyo psicosocial en la tercera edad" [en línea].

En I Congreso Hispano-Portugués de Psicología. Hacia una psicología integradora, Santiago de Compostela, 2000. Disponible en: <http://fs-morente.filos.ucm.es/Publicaciones/Iberpsicologia/congreso/trabajos/c340.htm>

AUTONOMIA

La capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Art. 2.1 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE 299 de 15 de diciembre de 2006). Accesible en formato pdf:

<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3383.pdf>

AYUDA A DOMICILIO

Es un servicio básico del sistema de servicios sociales que presta una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, doméstico y técnico a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf:

<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

AYUDAS TECNICAS

Producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad.

Querejeta González, Miguel. Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación [en línea]. Madrid: Imferso, 2004. Accesible en formato pdf:

<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/querejeta-discapacidad-01.pdf>

CALIDAD DE VIDA

Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Medición de la calidad de vida. Instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud

[en línea]. Ginebra: Organización mundial de la Salud, 1997. Accesible en formato pdf:

<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>

CENTROS DE DIA

Servicio socio sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas con diferentes grados de discapacidad, promoviendo la permanencia en su entorno habitual. Su objetivo general es favorecer unas condiciones de vida dignas entre las personas usuarias del centro y sus familiares, facilitando la continuidad en sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependecnia-01.pdf>

DEPENDENCIA

Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra y otras personas u ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Art. 2.3 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE 299de 15 de diciembre de 2006). Accesible en formato pdf:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3383.pdf>

DEPENDENCIA MODERADA

Cuando la persona necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

DEPENDENCIA SEVERA

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

ESTADO DE SALUD

Nivel de salud de un individuo, grupo o población de acuerdo a evaluación subjetiva del propio individuo o utilizándose indicadores más objetivos.

Decs. Descriptores en Ciencias de la Salud [en línea]. Ed. 2006 Brasil: BIREME, 2006. Disponible en:

<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

GERIATRIA

Relativo a la parte de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades, es el centro especializado en esta parte de la intervención médica.

Imsero. Glosario de términos [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, 2004. Disponible en:

http://www.seg-social.es/inicio/?MIval=cw_usr_view_Folder&LANG=1&ID=10485

GERONTOLOGIA

Ciencia biológica que se ocupa de la vejez. Estudia las modificaciones fisiopatológicas más o menos acusadas de la senectud o senescencia. En el momento actual el llamado problema del envejecimiento, tercera edad, ocupa el lugar preferente en la sociedad moderna con esferas de preocupación sobre

salud y nutrición, vivienda y medio ambiente, familia y bienestar social, seguridad en los ingresos y empleo y educación.

Discapnet. Servicio de glosario [en línea] Madrid: Fundación ONCE; Bruselas: Unión Europea, Fondo Europeo de Desarrollo Regional, 2004. Disponible en: <http://www.discalpnet.es/Discalpnet/Glosario/default.htm>

GRAN DEPENDENCIA

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf:

<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

HOSPITALES DE DIA

Centros exclusivamente sanitarios con la funcionalidad de dar un tratamiento puntual, limitado en el tiempo, a un paciente que necesita de unos cuidados y/o supervisión con frecuencia menor a la que se presta en una unidad de internamiento hospitalario, evitando de esta manera una estancia hospitalaria de 24 horas; también suelen ser empleados como recursos de evaluación y diagnóstico.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf:

<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

PRESATACIONES ECONOMICAS

Derechos de contenido dinerario que corresponden al beneficiario cuando concurren las condiciones exigidas para su adquisición.

Imsero. Glosario de términos [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, 2004. Disponible en:
http://www.seg-social.es/inicio/?Mival=cw_usr_view_Folder&LANG=1&ID=10485

RECURSOS SOCIALES

Conjunto de medios profesionales y materiales creados o potenciados por la administración para facilitar el desarrollo de los individuos y grupos sociales, en este caso las personas mayores, una eficaz asistencia a nivel individual y colectivo para aquellos ciudadanos que lo precisen, procurando la plena integración social de los mismos en la medida de las posibilidades de cada uno.

Murcia. Decreto 54/2001, de 15 de junio, d autorizaciones, organización y funcionamiento del registro de entidades, centros y servicios sociales de la Región de Murcia y de la Inspección.
BORM núm. 146; 26 junio 2001. Accesible en formato pdf:
<http://www.carm.es/ctra/cendoc/bdatos/bdl-cdss/archivos/borm7023-2001.pdf57>

RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Centros en los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia y en los que se presta una atención integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía personal, atender a sus necesidades básicas de salud y facilitar su integración y participación social en el medio.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.
Accesible en formato pdf:
<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

TELEASISTENCIA

Es un servicio para la atención telefónica ininterrumpida, con un equipamiento de comunicaciones e informática específicos, que permite a las personas con discapacidad, que viven solas y/o con graves problemas de movilidad, mantener una comunicación inmediata con un centro de atención que presta la respuesta adecuada. De esta manera este servicio ofrece seguridad y tranquilidad ante situaciones de riesgo, propicia además la permanencia en el domicilio, evitando la necesaria institucionalización.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

Accesible en formato pdf:

<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

Anexo 2: Historia Social



Paseo Colón, 14 • 50006 Zaragoza
Te. 976 27 16 60 • Fax 976 25 20 17

HISTORIA SOCIAL

SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

Habitación:	_____
Historia Clínica:	_____
Fecha Ingreso:	_____
Fecha de Alta:	_____

- ☒ Hospitalización
☐ Hospital de día: Días _____

Datos de Identificación

- Nombre: _____
- Fecha de nacimiento: _____ - Edad: _____ - Estado civil: _____
- Domicilio: _____
- Teléfono: _____ - D.N.I.: _____
- Número de Seguridad Social: _____ - Procedencia: _____
- Número de Hijos: _____

Situación socio-familiar (Persona que se recibe, hijos, familiares próximos)

Contactos:

Genograma

PROBLEMÁTICA SOCIAL

Recursos Sociales

RECURSOS AL INGRESO

RECURSOS DURANTE EL INGRESO

Situación económica (Pensión, otros ingresos)

Vivienda (Propia, alquilada, habitabilidad)

C.S.

Médico Atención Primaria

Estado de Salud (Físico - psíquico - emocional)

Objetivos médicos al ingreso: Control del Proceso Actual

Propuesta de actuaciones a realizar

Actuaciones llevadas a cabo

EVALUACIÓN

Anexo 3: Problemáticas sociales

ALTA DE UN FAMILIAR DEPENDIENTE

Cuando al alta el paciente se prevea que va a necesitar masapoto que antes del ingreso.

CLAUDICACIÓN FAMILIAR

Familias estructuralmente normalizadas, con capacidad y responsabilidad, que han asumido la atención directa del paciente durante un tiempo y que por distintos motivos (agotamiento, desbordamiento, etc.) sobreviene una crisis (pérdida de capacidad) que provoca la claudicación en las funciones propias de la familia.

CONVIVENCIA NO NORMALIZADA

Unidades de convivencia que no les une ni lazos familiares ni lazos formales. Se excluyen las personas pertenecientes a comunidades religiosas al estar regidas por el Código de Derecho Canónico promulgado por el Vaticano.

DESESTRUCTURACIÓN FAMILAR

Todas aquellas unidades familiares que, por diversas circunstancias, está en situación de precariedad y riesgo de descomposición, al faltar ingredientes esenciales para su normal funcionamiento aumentando el desequilibrio personal y social que conlleva dicha situación. (Wenceslao Calvo)

DETECTAR SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

Situaciones que al ingreso no quedan encuadradas claramente en las anteriores tipologías y es necesario profundizar en las mismas para realizar un diagnóstico más adecuado.

GRAVE PROBLEMÁTICA SOCIAL

Según el autor Ander-Egg el problema social se define como "situación social de desequilibrio, desajuste, desorganización o falta de armonía, o situación normal que, en su proceso de crecimiento, enfrenta a una crisis que obliga a una reformulación radical. Los problemas sociales son los que constituyen las cuestiones inquietantes que se dan en el seno de una sociedad y en relación a los cuales se tiene conciencia de la necesidad de encontrarles soluciones.

MARGINALIDAD

Entendemos como situación marginal cuando se vive fuera de los límites legales y/o sociales establecidos por la comunidad a la que no se halla integrado, producida por la dificultad que una persona o grupo tiene para integrarse a algunos de los sistemas de funcionamiento social. (Transeúntes, inmigrantes irregularizados, minorías étnicas...)

NO SE DETECTA PROBLEMÁTICA SOCIAL

Situaciones sociales normalizadas en estructura y funcionamiento, cuyos familiares directos tienen capacidad y responsabilidad en la atención al paciente.

Anexo 4: Guión de las Entrevistas

- TRABAJADORAS SOCIALES HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
 - Iniciación del procedimiento de dependencia.
 - Criterios para iniciarlo.
 - Forma adecuada o no del procedimiento.
 - Revisión del procedimiento de dependencia.
 - Pacientes a los que se le realiza.
 - Consecuencias de dicho proceso tras las nuevas modificaciones de la Ley.
 - Propuestas de mejora.

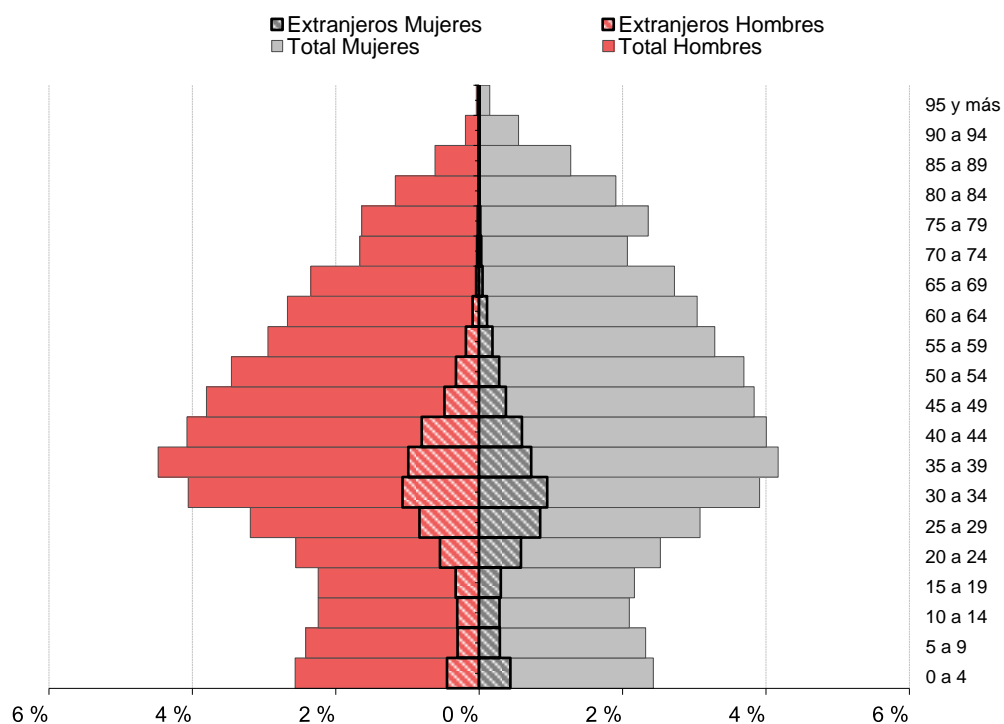
- VALORADORA DE DEPENDENCIA
 - Realización de la valoración de dependencia al usuario.
 - Orden que se sigue para la realización de la valoración, una vez que la solicitud llega a dependencia.
 - Forma de valorar al usuario.
 - Como realizar la valoración.
 - Criterios de la misma.

- TRABAJADORA SOCIAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: ENTREVISTA REFERENTE A LOS RECURSOS DEMANDADOS (PIA)
 - Prestación que más se solicita.
 - Cambio o no en el tiempo de la prestación más solicitada.
 - Motivos del cambio de PIA: cual tenían y a cual se cambian.
 - Opinión del procedimiento.
 - Control de la prestación concedida.

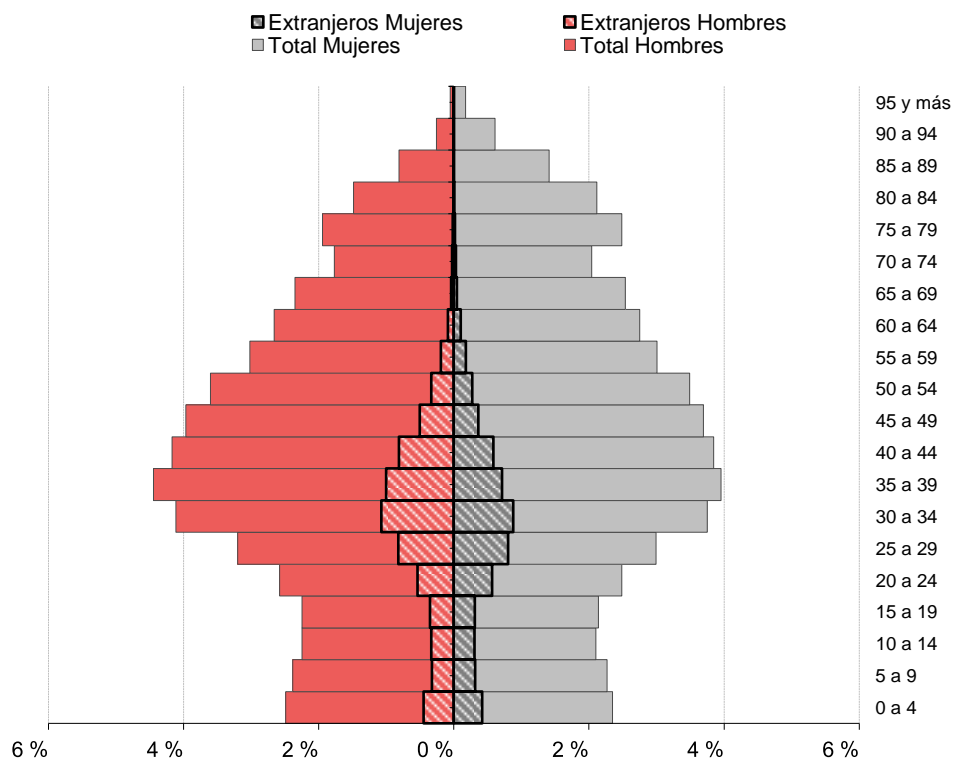
Anexo 5: Tabla y pirámides de Aragón

	2012			
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ratio Hombres/Mujeres
Total	47.212.990	23.275.472	23.937.518	97,2
0-4	2.423.859	1.249.952	1.173.907	106,5
05-09	2.401.468	1.233.112	1.168.356	105,5
10-14	2.212.017	1.136.851	1.075.166	105,7
15-19	2.224.424	1.144.850	1.079.574	106,0
20-24	2.535.593	1.288.610	1.246.983	103,3
25-29	3.111.465	1.572.044	1.539.421	102,1
30-34	3.920.129	2.010.311	1.909.818	105,3
35-39	4.132.756	2.128.958	2.003.798	106,2
40-44	3.883.199	1.983.401	1.899.798	104,4
45-49	3.641.370	1.834.619	1.806.751	101,5
50-54	3.266.276	1.624.602	1.641.674	99,0
55-59	2.746.846	1.350.943	1.395.903	96,8
60-64	2.492.541	1.206.761	1.285.780	93,9
65-69	2.218.115	1.052.525	1.165.590	90,3
70-74	1.733.390	795.045	938.345	84,7
75-79	1.777.842	766.708	1.011.134	75,8
80-84	1.337.404	527.324	810.080	65,1
85 y más	1.154.296	368.856	785.440	47,0

2011. INE: INEBASE. Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2012. Datos provisionales. Consulta en mayo de 2012



Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2012, de Zaragoza. Elaboración: INE



Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2012, de Aragón. Elaboración: INE

Anexo 6: Índice de Barthel

Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer		
	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse		
	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse		
	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse		
	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0

Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Deposiciones (valórese la semana previa)		
	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)		
	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete		
	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse		
	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10

Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular		
	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones		
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Anexo 7: Índice de Pfeiffer

1. ¿A qué día estamos? Fecha completa

- ☐ Acierto
- ☐ Error

2. ¿A qué día de la semana estamos?

- ☐ Acierto
- ☐ Error

3. ¿En qué sitio nos encontramos?

- ☐ Acierto
- ☐ Error

4. ¿Cuál es su número de teléfono o su dirección?

- ☐ Acierto
- ☐ Error

5. ¿Qué edad tiene?

- ☐ Acierto
- ☐ Error

6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

- ☐ Acierto
- ☐ Error

7. ¿Cómo se llama el Rey o presidente que tenemos ahora?

- ☐ Acierto
- ☐ Error

8. ¿Quién mandaba antes que el Rey o presidente actual?

- ☐ Acierto
- ☐ Error

9. ¿Cómo se llama su madre?

- ☐ Acierto
- ☐ Error

10. Si a 20 le quitamos 3 quedan.... y si le quitamos 3 quedan... y si le quitamos 3 quedan...

- ☐ Acierto
- ☐ Error

Total de errores_____

La interpretación de los resultados es:

0-2 errores: Funcionamiento intelectual normal.

3-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro.

8-10 errores: Déficit intelectual severo.

En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más.

En los de nivel de estudios superior un error menos.

Anexo 8: Índice de Katz

Índice de Katz de independencia en las Actividades de la vida diaria (AVD)

Importante: Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

Clasificación A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse. B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una. C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional. D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional. E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional. F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional. G. Dependiente en las seis funciones. H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F. - El resultado se informa mediante la letra adecuada, por ejemplo: Índice de Katz: C
Bañarse (con esponja, ducha o bañera): Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda. Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.
Vestirse Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos). Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.
Usar el retrete Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos). Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.
Movilidad Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos). Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.
Continencia Independiente: control completo de micción y defecación. Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.
Alimentación Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar). Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

Anexo 9: Escala de Lawton

Capacidad para utilizar el teléfono

- 1. Utiliza el teléfono por iniciativa propia.
- 1. Capaz de marcar bien algunos números familiares.
- 1. Capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.
- 0. No utiliza el teléfono en absoluto.

Compras

- 1. Realiza independientemente todas las compras necesarias.
- 0. Realiza independientemente pequeñas compras.
- 0. Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.
- 0. Totalmente incapaz de comprar.

Preparación de la comida

- 1. Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.
- 0. Prepara adecuadamente comidas si se le proporcionan los ingredientes.
- 0. Prepara, calienta y sirve comidas, pero no sigue una dieta adecuada.
- 0. Necesita que le preparen y sirvan las comidas.

Cuidado de la casa

- 1. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (ej.: ayuda doméstica para el trabajo pesado).
- 1. Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos, hacer la cama.
- 1. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un aceptable nivel de limpieza.
- 1. Necesita ayuda en todas las labores de la casa.
- 0. No participa en ninguna labor de la casa.

Lavado de la ropa

- 1. Lava por sí solo toda su ropa.
- 1. Lava por sí solo pequeñas prendas.
- 0. Todo el lavado de ropa debe serle realizado.

Medios de transporte

- 1. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.
- 1. Es capaz de coger un taxi, pero no utiliza otro tipo de transporte público.
- 1. Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona.
- 0. Utiliza únicamente el taxi o el automóvil con ayuda de otros.
- 0. No viaja en absoluto.

Responsabilidad respecto a su medicación

- 1. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.
- 0. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.
- 0. No es capaz de administrarse su medicación.

Capacidad para manejar asuntos económicos

- 1. Capaz de encargarse de sus asuntos económicos por sí solo (presupuestos, extiende cheques (paga la renta, va al banco)).
 - 1. Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en el banco, grandes compras, etc.
 - 0. Incapaz de manejar dinero.
- TOTAL**_____

Anexo 10: Tablas de cruce

- Variable Grupo de edad según convivencia social al ingreso (frecuencias absolutas y relativas)

Grupo de edad	Convivencia social al ingreso						Total
	Vive solo/a	Con el cónyuge	Con hijos/as	Residencia	Con hermanos	Otros	
40-50	0 0%	2 1,40%	2 3,00%	1 7,70%	0 0%	3 12,00%	8 2,40%
51-60	1 1,30%	6 4,20%	4 6,10%	1 7,70%	1 20,00%	6 24,00%	20 6,10%
61-70	5 6,50%	25 17,60%	1 1,50%	2 15,40%	1 20,00%	2 8,00%	36 10,90%
71-80	27 35,10%	39 27,50%	8 12,10%	1 7,70%	1 20,00%	6 24,00%	82 24,90%
81-90	34 44,20%	63 44,40%	39 59,10%	6 46,20%	2 40,00%	5 20,00%	149 45,30%
91-100	10 13,00%	7 4,90%	12 18,20%	2 15,40%	0 0%	3 12,00%	34 10,30%
Total	77 100,00%	142 100,00%	66 100,00%	13 100,00%	5 100,00%	25 100,00%	329 100,00%

- Variable Grupo de edad según convivencia social al alta (frecuencias absolutas y relativas)

Grupo de edad	Convivencia social al alta						Total
	Vive solo/a	Con el cónyuge	Con hijos/as	Residencia	Con hermanos	Otros	
40-50	0 0%	1 9%	2 3,8%	2 2,0%	0 0%	3 20,0%	8 2,4%
51-60	1 2,5%	5 4,4%	4 7,5%	3 2,9%	1 20,0%	6 40,0%	20 6,1%
61-70	2 5,0%	22 19,3%	1 1,9%	9 8,8%	1 20,0%	1 6,7%	36 10,9%
71-80	14 35,0%	34 29,8%	7 13,2%	23 22,5%	1 20,0%	3 20,0%	82 24,9%
81-90	17 42,5%	49 43,0%	31 58,5%	49 48,0%	2 40,0%	1 6,7%	149 45,3%
91-100	6 15,0%	3 2,6%	8 15,1%	16 15,7%	0 0%	1 6,7%	34 10,3%
Total	40 100,0%	114 100,0%	53 100,0%	102 100,0%	5 100,0%	15 100,0%	329 100,0%

- Variable Convivencia social según sexo (frecuencias absolutas y relativas)

Convivencia	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Vive solo/a	24 19,4%	53 25,9%	77 23,4%
Con el cónyuge	70 56,4%	73 35,6%	142 43,5%
Con hijos/as	10 8,1%	56 27,3%	66 20,1%
Residencia	5 4,0%	8 3,9%	13 4,0%
Con hermanos	4 3,2%	1 ,5%	5 1,5%
Otros	11 8,9%	14 6,8%	25 7,6%
Total	124 100,0%	205 100,0%	329 100,0%

- Variable Convivencia social al ingreso según diagnóstico (frecuencias absolutas y relativas)

Procedencia social	Diagnóstico								Total
	Patologías traumatológicas	ACV	Patologías digestivas	Patologías cardiorespiratorias	Patologías neurológicas	Patologías vasculares	UPP	Otros	
Vive solo/a	36 31,6%	21 21,8%	1 11,1%	10 22,2%	3 23,1%	0 0%	6 18,2%	0 0%	77 23,7%
Con el cónyuge	44 38,6%	45 44,6%	2 22,2%	19 42,2%	8 61,5%	0 0%	14 42,4%	10 83,3%	142 43,2%
Con hijos/as	21 18,4%	21 20,8%	5 55,6%	9 20,0%	1 7,7%	0 0%	8 24,2%	1 8,3%	66 20,1%
Residencia	5 4,4%	4 4,0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 50,0%	2 6,1%	1 8,3%	13 4,0%
Con hermanos	3 2,6%	1 1,0%	0 0%	1 2,2%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	5 1,5%
Otros	5 4,4%	8 7,9%	1 11,1%	6 13,3%	1 7,7%	1 50,0%	3 9,1%	0 0%	25 7,6%
Total	114 100,0%	101 100,0%	9 100,0%	45 100,0%	13 100,0%	2 100,0%	33 100,0%	12 100,0%	329 100,0%

